

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

N°

17

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

L. ATTAL

Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Michel

Né le 23 mars 1896, à Tunis

LES

STÉNOSES PYLORIQUES

PAR ULCUS DU BULBE DUODÉNAL

Président : M. CARNOT, Professeur.

LIBRAIRIE OCTAVE DOIN

GASTON DOIN, ÉDITEUR

8, Place de l'Odéon, 8

PARIS (VI)

—
1924

71

LES STÉNOSES PYLORIQUES

PAR ULCUS DU BULBE DUODÉNAL

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1924

N°

THÈSE

17

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

L. ATTAL

Ancien Interne de l'Hôpital Saint-Michel

Né le 23 mars 1896, à Tunis

LES

STÉNoses PYLORIQUES

PAR ULCUS DU BULBE DUODÉNAL

Président : M. CARNOT, Professeur.

LIBRAIRIE OCTAVE DOIN

GASTON DOIN, ÉDITEUR

8, Place de l'Odéon, 8

PARIS (VI)

—
1924



LE DOYEN : M. ROGER.

PROFESSEURS : MM.

Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	N.
Pathologie chirurgicale	LECENE.
Anatomie pathologique	LETULLE.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	RICHAUD.
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	ACHARD.
	WIDAL
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	MARFAN.
Hygiène et Clinique de la première enfance	NOBECOURT.
Clinique des maladies des enfants	H. CLAUDE.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	JEANSELME.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	P. MARIE.
Clinique des maladies du système nerveux	TEISSIER.
Clinique des maladies contagieuses	DELBET.
Clinique chirurgicale	LEJARS.
	HARTMANN.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique prophédeutique	SERGEANT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

MM.	MM.	MM.	MM.
ABRAMI	DUVOIR	LE LORIER	REITTERER
ALGLAVE	FIESSINGER	LEMIERRE	RIBIERRE
BASSET	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BAUDOUIN	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BLANCHETIÈRE	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ
BRANCA	GUENIOT	LEVY-SOLAL	STROHL
CAMUS	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CHAMPY	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHEVASSU	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHIRAY	LABBE (Henri)	MULON	VILLARET
CLERC	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	
DEBRE	LANGLOIS	PHILIBERT	
DESMAREST	LARDENNOIS	RATHERY	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA REGRETTÉE MÈRE

A LA MÉMOIRE
DE MES FRÈRES JACQUES ET SIMON

TROP TÔT ENLEVÉS A NOTRE AFFECTION

A MON PÈRE

FAIBLE TÉMOIGNAGE DE TOUTE MON AFFECTION

A MON FRÈRE ÉMILE

QUI EUT POUR MOI MILLE BONTÉS

FAIBLE TÉMOIGNAGE DE MA RECONNAISSANCE

A MES FRÈRES

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Au Professeur GILBERT (1918-1919)
qui fut notre premier maître,
et nous donna les premières leçons cliniques

Au Professeur ROGER (1919-1920)

Au Docteur ROBINEAU (1919-1920)

Au Professeur HARTMANN (1920-1921)

Au Docteur FUNCK-BRENTANO (1920-1921)

Au Professeur DE LAPERSONNE (1921-1922)

Au Professeur SEBILEAU (1921-1922)

Au Professeur LEGUEU (1921-1922)

Au Professeur BROCA (1922-1923)

Au Professeur NOBÉCOURT (1922-1923)

Au Professeur MARFAN (1922-1923)

Au Professeur JANSELME (1922-1923)

Au Professeur TEISSIER (1922-1923)

Au Docteur PAUCHET
faible témoignage de notre reconnaissance

Au Docteur DELORT

Au Docteur SOREL André

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR CARNOT

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MÉDECIN DE L'HÔPITAL BEAUJON

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

QUI, APRÈS NOUS AVOIR TÉMOIGNÉ SA BIENVEILLANCE

TANT A LA FACULTÉ QU'AU COURS DU PETIT V. E. M.,

A BIEN VOULU NOUS FAIRE L'HONNEUR DE PRÉSIDER NOTRE THÈSE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547128_0066

LES STÉNOSES PYLORIQUES

PAR ULCUS DU BULBE DUODÉNAL

INTRODUCTION

Pendant les deux années que nous sommes resté interne à la Consultation de Gastro-entérologie de l'hôpital Saint-Michel, nous avons pu observer la fréquence des ulcus duodénaux et avons été frappé par les signes cliniques de sténose pylorique plus ou moins complète qui les accompagnaient.

Grâce à l'amabilité du Docteur DELORT, nous avons pu recueillir des observations assez intéressantes qui font l'objet de notre travail.

Nous avons choisi celles, où le diagnostic ne demande pas de réplique, nous voulons dire par là que toutes nos observations ont eu leur diagnostic vérifié par l'acte chirurgical.

En commençant ce travail nous nous doutons de l'importance qu'il peut avoir, aussi nous efforcerons-nous de justifier les critiques qui nous seront posées.

Nous procéderons par ordre et nous tâcherons de suivre dans la mesure du possible le plan que nous nous sommes tracé.

Tout d'abord nous commencerons brièvement par:

- 1^o) *L'anatomie du duodénum* ainsi que ses rapports;
- 2^o) *La physiologie succincte* de cette partie importante du tube digestif;

3°) *La diathèse gastrique hypersthénique, la pathologie, les signes fonctionnels, physiques, chimiques, et surtout radiologiques des ulcus duodénaux ayant déterminé des sténoses pyloriques;*

4°) Nous discuterons le *diagnostic* de ces ulcus ainsi que le *pronostic* et le *traitement*, tant au point de vue opératoire qu'au point de vue médical;

5°) *Observations cliniques;*

6°) *Conclusions.*

Avant de terminer cette introduction nous tiendrons de nouveau à remercier vivement MM. les Docteurs PAUCHET et DELORT qui, pendant notre séjour à l'hôpital Saint-Michel, nous ont donné les précieux renseignements et préceptes de cette voie de la pathologie du tube digestif.

ANATOMIE DU DUODÉNUM ET SES RAPPORTS

Ceci est la base fondamentale de notre travail; c'est en effet sur la délimitation du pylore et du duodénum qu'il nous faudra nous étendre quelque peu.

L'orifice pylorique, comme on le sait, possède deux éléments fondamentaux: un sphincter et une valvule.

Si l'on examine sur une coupe transversale de la région pylorique la couche des fibres circulaires de l'estomac on voit cette couche s'épaissir en se rapprochant du pylore et présenter au niveau de l'orifice une épaisseur de 3 ou 4 mm. puis cesser brusquement de façon à se terminer du côté du duodénum par une surface plane et comme taillée à pic. Cet anneau musculaire n'est autre que le sphincter pylorique. Celui-ci est revêtu d'une couche muqueuse qui est la valvule pylorique. Celle-ci se dresse au fond du cylindre duodénal sous la forme d'une cloison circulaire plane et verticale, percée d'un trou à son centre, et rappelant l'un des diaphragmes de nos instruments d'optique. C'est donc, au point de vue structure anatomique, la partie qui se trouve à droite de la valvule pylorique qui est le duodénum.

Avec les auteurs américains, les frères MAYO, et en France avec PAUCHET, nous délimiterons plus aisément le duodénum en disant que celui-ci commence immédiatement après une veine, tapissant la face supérieure de la région pylorique, la « Pyloric vein ». Ces auteurs ont, en

effet, remarqué que celle-ci coïncidait exactement avec la valvule pylorique. La « Pyloric vein » naît du réseau capillaire superficiel, de là elle descend avec d'autres veines au tube glandulaire, et viennent former dans la sous-muqueuse, le plexus sous-muqueux.

Après cette étude anatomique succincte, nous dirons que tous les ulcus observés dans notre thèse sont situés immédiatement après la veine pylorique, et, par conséquent, sont de siège duodénal franc et non juxta-pylorique, comme certains auteurs continuent à les dénommer.

Le duodénum est cette partie de l'intestin grêle qui s'étend donc de la veine pylorique au côté gauche de la deuxième vertèbre lombaire. Il est maintenu en position: 1° par le péritoine, qui le rattache à la face inférieure du foie et à la vésicule biliaire; 2° par le cholédoque et les canaux excréteurs du pancréas; 3° par ses vaisseaux et nerfs; 4° par le muscle de TREITZ.

Il est formé, comme on le sait, de quatre portions, mais nous ne nous occuperons, pour notre sujet, que de la première portion, car c'est surtout dans cette partie que siègent les ulcus duodénaux. Cette portion appelée portion hépatique est en rapport: 1° en avant avec la face inférieure du foie et le col de la vésicule biliaire; 2° en arrière avec la veine porte, le cholédoque et l'artère gastro-épiploïque droite; 3° en haut avec l'épiploon gastro-hépatique; 4° en bas avec la tête du pancréas.

Ce qu'il nous faut savoir aussi au point de vue physiologique, c'est que cette région est située dans un milieu alcalin et que, par conséquent, une lésion ulcéreuse non sténosante située dans cette portion, a tendance à guérir toute seule sans intervention chirurgicale, et ceci est important à connaître au point de vue du traitement de l'ulcus duodénal non sténosant.

Le liquide, qui se trouve contenu dans le duodénum est un mélange de bile, suc intestinal, et suc pancréatique. Ce liquide pur est limpide, de couleur jaune, dû aux pigments biliaires qui s'y trouvent.

Ceci dit, il ne faudra plus nous étonner de la grande fréquence des ulcus duodénaux que nous trouvons actuellement dans la pathologie digestive. En effet, avant cette délimitation récente du duodénum, les auteurs appelaient ulcus juxta-pylorique une bonne moitié des ulcus duodénaux actuels; alors quoi d'étonnant quand on nous disait que l'ulcus duodénal se trouvait seulement dans 15 p. 100 des ulcus digestifs. Il nous faut savoir qu'à l'heure actuelle, ce chiffre est de loin dépassé, puisque, d'après PAUCHET, les frères MAYO, l'ulcus duodénal atteint près de 60 p. 100 du nombre des ulcus de l'estomac.

Nous avons pu, nous-même, lors de notre séjour à la consultation de gastro-entérologie de Saint-Michel, nous rendre compte de la trop grande fréquence de cette lésion et avons pu estimer à 55 p. 100 environ le pourcentage des ulcus duodénaux sur les ulcus gastriques.

PATHOGÉNIE DE L'ULCUS DUODÉNAL

Si nous examinons aux rayons X des estomacs de gens normaux, n'ayant aucun passé dyspeptique, après leur avoir fait avaler une bouillie barytée, nous verrons que l'estomac est différent chez les uns et les autres. Le sujet, debout, nous voyons que dans la majorité des cas l'ombilic était situé entre la petite et la grande courbure; mais chez quelques-uns la grande courbure se trouvait être au-dessus, tandis que chez d'autres, la petite courbure se trouvait au-dessous de l'ombilic. Nous dirons que dans la majorité des cas, l'estomac est normotonique, que dans le premier groupe l'estomac ayant sa grande courbure au-dessus de l'ombilic était hypertonique, dans le second cas il était hypotonique; à un degré plus élevé il devenait atone comme on le

voit fréquemment chez les gens amaigris ayant perdu une bonne partie de leur graisse et de leurs muscles. Les mouvements péristaltiques de l'estomac sont plus actifs et l'évacuation est plus rapide dans l'estomac hypertonique que dans celui hypotonique ou atonique.

HURST et MORTON, qui ont examiné aux rayons l'estomac d'un nombre d'étudiants en médecine bien portants, ont remarqué ces faits et sont arrivés à ces conclusions que l'on pouvait considérer l'estomac hypertonique aussi bien que l'hypotonique comme constituant des variations normales du type moyen rencontré chez la majorité des hommes bien portants.

Si l'on examine l'acidité du suc gastrique des estomacs hypertoniques des gens normaux, on arrive à ce fait que la plupart de ceux-ci sont hyperchlorhydriques.

HURST appelle « diathèse gastrique-hypersthénique » une déviation congénitale de la normale moyenne qui se manifeste par de l'hypertonie de l'estomac avec péristaltisme actif et évacuation rapide, et par de l'hyperchlorhydrie avec hyper-sécrétion. Cet état est fréquent; on l'observe davantage chez les hommes que chez les femmes et existe chez les membres d'une même famille.

T. I. BENNET et J. F. VENABLES, ont démontré que l'estomac normal garde les aliments pendant toute la durée du jour et les dernières traces du repas du soir ne quittent l'estomac qu'aux premières heures du matin. Par contre l'estomac hypertonique est à chaque instant vide.

Il est facile à présent de comprendre comment peut se produire un ulcus. Nous savons que celui-ci est dû à un excès d'acide chlorhydrique libre, or tant que les aliments sont présents dans l'estomac, le taux d'acide chlorhydrique est faible par suite du délayage du suc gastrique avec les aliments et les boissons, ainsi que par la neutralisation opérée par les sels alcalins et les protéines des aliments.

Mais si l'estomac est vide comme celui de l'hypersthénique, il y a sécrétion continuelle du suc gastrique, plus abondante et aussi plus acide que chez la plupart des sujets

à estomac normal. Ce suc va s'écouler pendant plusieurs heures par jour dans le bulbe duodéal, et, étant moins dilué par les aliments et, par suite, plus acide, il peut produire chez un estomac hypertonique, une ulcération.

Celle-ci étant produite, elle aura grande chance de se trouver dans le bulbe duodéal, car cette partie est la moins alcaline du contenu du duodénum.

Si nous examinons un estomac aux rayons X, on voit après un repas baryté que la première portion du duodénum est toujours remplie et que, par conséquent, toujours visible. Le reste du duodénum n'est visible que par à-coups, après qu'une quantité additionnelle de chyme a été évacuée de l'estomac et qu'une partie du contenu du bulbe duodéal déborde, et est entraînée par une onde péristaltique rapide, laquelle paraît prendre naissance non pas au pylore, mais au point de jonction du bulbe avec la deuxième portion du duodénum.

Ceci montre que les ulcus duodénaux se produisent dans la grosse majorité des cas dans le bulbe et non dans les autres parties du duodénum.

Pour HURST et E. BARCLAY, l'ulcus duodéal ne peut exister que chez les gens qui ont un estomac hypertonique.

CAUSES ESSENTIELLES DE L'ULCUS

Nous avons remarqué que la plupart des gens qui semblaient uniquement avoir un ulcus, présentaient en même temps soit une affection dentaire (pyorrhée, pulpite), soit une affection amygdalienne, soit même une affection mycosique de la bouche.

N'y aurait-il pas une corrélation étroite entre ces affections buccales et l'ulcus?

ROSENOW, a démontré que, lorsqu'on fait des cultures avec des tissus d'un ulcus, les streptocoques isolés, sont spécifiques, c'est-à-dire que, injectés à des animaux par voie veineuse, ils développent chez ceux-ci, des hémorragies dans la muqueuse gastrique ou duodénale, lesquelles peuvent donner naissance à des ulcus.

Ces streptocoques ne peuvent venir que de la bouche de ces sujets.

Il serait aussi intéressant de rechercher si le champignon du muguet injecté par voie veineuse à des animaux, ne pourrait donner pareille lésion.

Les streptocoques ingérés, provenant des infections dentaires, ne produisent aucune lésion ulcéreuse, gastrique ou duodénale, mais injectés par voie veineuse, nous avons vu qu'ils pouvaient donner naissance à des hémorragies gastriques ou duodénales, c'est donc par voie hématogène que vont se transmettre les microbes susceptibles de produire l'ulcus. En pratique, si nous avons à faire à une pyorrhée alvéolaire, ou à une pulpite, nous dirons que celle-ci diagnostiquée au moyen des rayons X, est plus susceptible de donner naissance à un ulcus que celle-là. Si les deux affections existent en même temps, nous dirons que l'infection hématogène partie de la pulpe dentaire ayant déterminé une lésion minime de l'estomac ou du duodénum, celle-ci est toujours irritée par l'apport constant des streptocoques provenant directement de la bouche.

L'ulcération duodénale étant produite, voyons à présent comment peut se produire la sténose pylorique plus ou moins complète.

Tout d'abord, nous avons vu qu'au début de l'ulcération l'évacuation gastrique était accélérée, que la sécrétion gastrique était augmentée. Si à ce moment nous mettons à un régime sévère (nous reviendrons plus loin sur cette partie dans notre travail), le malade atteint d'ulcus, nous verrons bientôt les troubles s'amender et deux cas pourront se présenter:

1° L'ulcus va disparaître complètement;

2° L'ulcus va guérir en laissant une cicatrice, on aura ainsi un ulcus calleux. Dans ces derniers cas, le malade va présenter des signes de sténose laquelle sera due soit à un spasme pylorique consécutif à l'ulcération guérie du duodénum soit à un rétrécissement organique de l'orifice pylorique provoqué par l'ulcus calleux. De toute façon, nous aurons une mauvaise évacuation gastrique qui déterminera les troubles dyspeptiques dont nous parlerons plus loin.

Une sécrétion gastrique, fût-elle exagérée, ne devient pathologique n'entraîne un élément douloureux, que si elle est provoquée par la mauvaise évacuation gastrique (Léon MEUNIER).

SIGNES FONCTIONNELS ET PHYSIQUES

DE LA STÉNOSE PYLORIQUE PAR ULCUS DUODÉNAL

D'après nos observations l'ulcus duodénal sténosant est plus fréquent chez le sexe masculin que chez le féminin. Il provient à tout âge, nous l'avons vu chez un jeune homme de 17 ans et chez des gens de 65 ans. Dans la grosse majorité des cas c'est entre 25 et 45 ans que l'ulcus duodénal est le plus fréquent.

C'est surtout pour des troubles digestifs consistant en ballonnement après les repas, digestions lentes et difficiles, douleurs vagues et irrégulières au creux épigastrique, que viennent nous consulter les gens atteints de cette affection. Ce qui est commun à tous c'est que leur maladie remonte déjà à de nombreuses années. Nous insistons sur ces faits car c'est souvent par la date du début de l'affection que nous éliminerons l'hypothèse du cancer de l'estomac.

Nous savons tous que le début de la maladie d'une per-

sonne atteinte de néoplasme gastrique ne remonte pas à plus d'un an à partir du jour où le malade vient nous consulter. Nous reviendrons d'ailleurs sur cette question quand nous parlerons du diagnostic différentiel de l'ulcus sténosant.

Souvent chez nos malades, nous trouvons la co-existence de troubles intestinaux consistant en constipation opiniâtre avec alternatives de diarrhées. Nous avons trouvé chez eux un transit intestinal retardé, il est probable que la stase intestinale plus ancienne que l'existence de l'ulcus, l'a favorisé.

Ils se plaignent tous de douleurs nocturnes siégeant à l'épigastre et les réveillant au milieu de leur sommeil. Très souvent, ils viennent nous consulter pour des vomissements contenant des aliments ingérés la veille ou l'avant-veille. Leur histoire nous montre souvent que leur douleur régulière, à heure fixe, ou irrégulière, est calmée par l'ingestion d'aliments (lait, bouillon, biscottes, etc.). Rarement nous trouvons chez eux l'existence d'une hématémèse (sauf un cas où nous avons vu à l'opération l'existence d'un ulcus duodénal touchant le pylore), mais l'existence de selles noires est très fréquente. Ces mœlénas observés proviennent de leur ulcus non encore cicatrisé.

Malgré cela leur appétit est conservé. Ils ont légèrement maigri et souvent leur équilibre nutritif est maintenu à la normale.

A l'examen clinique, pratiqué à jeun, nous trouvons du clapotage au creux épigastrique, quelquefois des ondes péristaltiques se perçoivent. Nous palpons toujours une corde colique gauche et nous provoquons toujours une douleur nette au niveau de la zone pancréatico-cholédocienne de CHAUFFARD (zone située au milieu de la ligne qui part de l'ombilic au point cystique).

Cette douleur est constante chez nos malades, elle est probablement due à une irritation du plexus coeliaque.

Le foie et la rate sont sensiblement normaux, ainsi que les autres appareils.

C'est tout ce que peut nous donner l'examen clinique.

C'est donc surtout dans l'histoire de la maladie, qu'il faut savoir recueillir avec soin, que nous aurons une probabilité, et non une certitude, du diagnostic.

Il existe heureusement pour la pathologie digestive d'autres moyens de contrôle, nous voulons arriver aux examens de laboratoire (prélèvement en série du suc gastrique) et à la radioscopie.

PRÉLÈVEMENT EN SÉRIE DU SUC GASTRIQUE ET EXAMEN DU CHIMISME

Nous prélevons le suc gastrique avec la sonde d'EINHORN; celle-ci est constituée par un tube mince d'une longueur de 60 à 70 cm. au bout duquel se trouve une olive métallique percée de quelques orifices.

Le malade vient à jeun depuis la veille au soir à minuit. Il avale facilement lui-même l'olive d'Einhorn et nous recueillons, lorsque celle-ci est parvenue au niveau de l'estomac, le suc gastrique qui s'y trouve, dans un tube numéroté 1. Nous lui donnons ensuite le repas préconisé par MM. DELORT et VERPY consistant en un bol contenant 5 gr. de peptone, 200 grammes d'eau, 30 ou 40 gouttes d'acide salicylique.

Nous recueillons ensuite, de 10 minutes en 10 minutes, pendant 60 minutes et enfin à la 90^e minute, le suc gastrique, dans des tubes numérotés de 2 à 8. Nous avons alors huit tubes, dans lesquels nous recherchons: dans le premier l'acidité à jeun, ainsi que l'acide chlorhydrique libre et dans les autres, nous rechercherons pareillement A et H.

L'acide salicylique que nous avons ajouté au repas, permet de déceler l'évacuation de celui-ci, grâce à la réaction violette que donne le perchlorure de fer avec le salicylate de soude. Les résultats que nous trouvons chez nos malades sont les suivants:

Liquide à jeun en abondance, contenant souvent des aliments ingérés la veille ou l'avant-veille, avec hyperacidité à jeun pouvant s'élever à 2,50.

Hyperacidité du liquide recueilli dans les autres tubes s'élevant à 3,50 et quelquefois davantage. L'évacuation du repas est le plus souvent retardée, elle se fait au bout de 50, 60 et quelquefois à la 90^e minute, nous retrouvons de l'acide salicylique.

Voilà les faits essentiels et pratiques que nous avons pu recueillir lors des examens des chimismes de nos malades.

Nous avançons dès lors petit à petit au diagnostic de l'ulcus duodénal sténosant. La radioscopie va nous corroborer ce diagnostic que nous avons posé avec probabilité.

EXAMEN RADIOSCOPIQUE DE L'ULCUS DUODÉNAL

Les signes radioscopiques sont de deux ordres: les signes de probabilité, et les signes de certitude.

Les premiers sont radioscopiques, les seconds sont radiographiques.

Nous attachons une grande valeur aux signes de probabilité. Ce sont:

- 1^o L'évacuation précoce;
- 2^o L'hyperkinésie gastrique (fig. 1);
- 3^o L'hypersécrétion gastrique (fig. 2);

4° Le point douloureux duodénal;

5° La microrétention gastrique (fig. 3).

Il faut nous expliquer sur le terme de: évacuation précoce; c'est la précocité de la première évacuation, alors qu'en réalité l'évacuation totale est retardée.

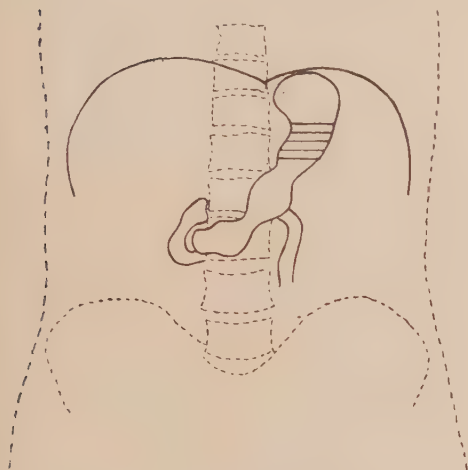


Fig. 1. — ESTOMAC HYPERKINÉTIQUE.

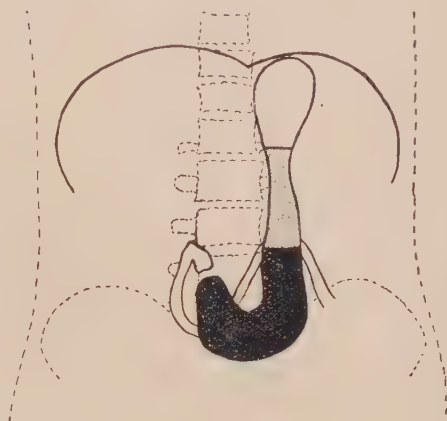


Fig. 2. — HYPERSÉCRÉTION GASTRIQUE.

L'hyperkinésie est encore appelée chorée de l'estomac.

Grâce à l'américain COLE, nous possédons à l'heure actuelle la méthode de radiographies rapides en séries. Nous aurons, grâce à elle, les signes de certitude.

Introduite en France par KELLER, elle peut, en l'espace d'un quart d'heure, en prenant une douzaine de films 13x18, nous renseigner sur toutes les déformations visibles du duodénum; celles-ci, décelables seulement à certains moments. Nous pouvons alors observer soit: la niche duodénale, la rétraction bulbaire, l'incisure duodénale, tache claire s'enfonçant à l'intérieur du bulbe.

Les observations de nos malades étant un peu anciennes, nous regrettons de n'avoir pu chez eux, pratiquer cette méthode de radiographies en séries.

C'est sur les signes radioscopiques que nous avons pu fonder un diagnostic certain.

Il faut que ces signes soient toujours d'accord avec la clinique pour qu'ils puissent avoir quelque valeur.

Nous avons pu observer des modifications du bulbe duodénal dans des cas de cholécystite avec duodénite et péri-duodénite. La douleur vésiculaire était même difficile à différencier de la douleur duodénale. Quelquefois une appendicite peut donner une duodénite secondaire avec modifications bulbaires. La présence de calculs dans les selles ne suffit pas pour poser le diagnostic de cholécystite seule, car nous avons vu chez quelques-uns de nos malades association de cholécystite et d'ulcus duodénal (celui-ci diagnostiqué seulement sur la table d'opération).

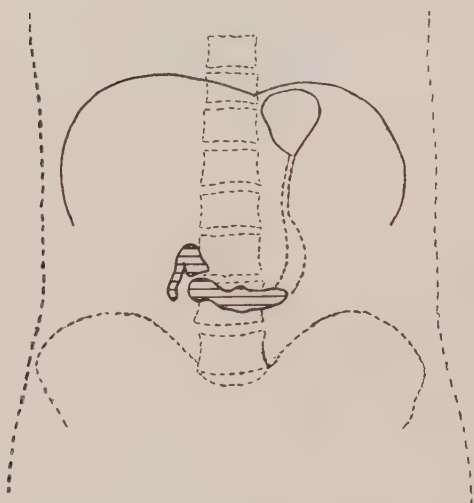


Fig. 3. — MICRORÉTENTION GASTRIQUE.

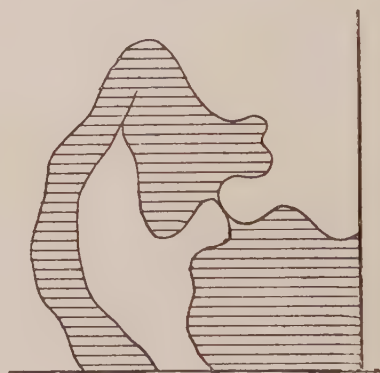


Fig. 4. — NICHE BULBAIRE.

Le seul signe direct de grande valeur est la *niche bulbaire* (fig. 4). Si avec ce signe nous avons une encoche du bord opposé du duodénum, ou un diverticule de l'extrémité pylorique, une évacuation retardée, une sensibilité duodénale, et des signes cliniques d'ulcus dans ce cas seulement, la radiographie offre des garanties sérieuses.

Ake AKERLUND a observé dans les cas d'ulcus duodénaux, différents signes radiologiques. Tout d'abord: 1° la

niche, bosselure qui fait saillie hors de la limite du bulbe, a été observée par lui dans 66 cas sur 106;

2° *L'encoche bulbaire* (*bulbus defekt*) (fig. 5), a été retrouvée dans 79 cas sur 106. Celle-ci est arrondie, profonde et variable, elle constitue un rétrécissement bulbaire qui peut amener un blocage complet de celui-ci. Ceci semble en effet expliquer la rétention paradoxale du syndrome d'HAUDECK de l'ulcus duodénal (évacuation gastrique rapide, ensuite retardée) et ébranler l'idée du spasme pylorique tardif;

3° La *rétraction du bulbe* (observée dans 70 cas sur 106). Dans ce cas le pylore reste béant et il y a alors évacuation très rapide du chyme gastrique;

4° *Diverticules* (fig. 6). Ce sont des poches contractiles

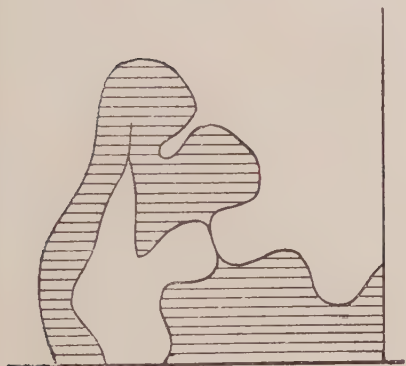


Fig. 5. — ENCOCHE BULBAIRE.

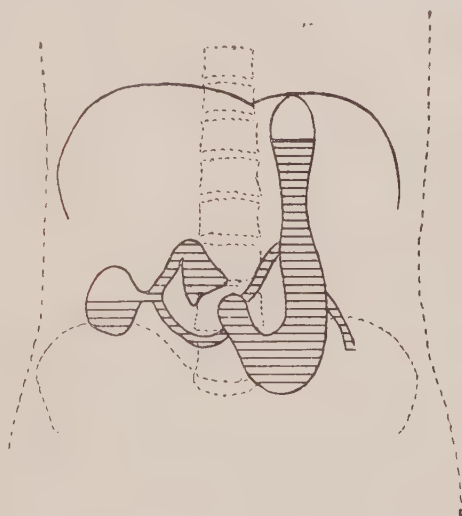


Fig. 6. — DIVERTICULE DE LA 2° PORTION.

situées au niveau du bulbe. AKERLUND en distingue deux types dits présténosants. Grands diverticules à limites effacées, situés principalement à la grande courbure. Petits diverticules appartenant à la petite courbure.

La présence d'un diverticule peut cacher la rétraction de la petite courbure dans l'ulcus bulbaire. Les diverti-

cules présténosants sont des diverticules par pulsion devant un obstacle organique ou spasmodique;

5° La *fixité pyloro-duodénale* que nous avons observée dans maint ulcus duodéal. CLERMONT et HAUDECK ont décrit la dextrofixation et la dextroposition du pylore dans ces cas. Celles-ci sont en général dues à la formation d'adhérences sous-hépatiques, périoduodénales ou périvésiculaires.

Nous avons dit plus haut, l'avantage considérable que l'on pouvait tirer à l'heure actuelle pour le diagnostic radiologique de l'ulcus duodéal en parlant de la méthode de la radiographie en séries. Cette méthode est actuellement la *seule* qui permet de donner une *image lisible* de déformations souvent minimes, observées dans des films radiographiques nombreux. Plus on tirera de plaques, mieux cela vaudra, car le nombre seul permet de juger la valeur d'une déformation qui peut n'être visible qu'à certains moments. Cette méthode permet en outre de montrer des calculs vésiculaires. Elle s'impose donc chaque fois que l'on a à trancher un diagnostic différentiel du carrefour sous-hépatique.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DES STÉNOSES PYLORIQUES PAR ULCUS BULBAIRE

1° Le premier diagnostic est à faire avec une sténose organique d'origine néoplasique. Tout d'abord, l'âge du malade est à considérer. Nous sommes en présence d'un sujet relativement jeune, 40 ans, dont le début de la maladie remonte déjà à de longues années, nous pouvons dans ce cas éliminer la sténose d'origine néoplasique. Si au con-

traire notre malade est un homme qui a dépassé la cinquantaine, qui vomit des aliments, qui a maigri considérablement et dont le début de l'affection est récent (en général le début ne remonte pas à plus d'un an), méfions-nous; nous avons grande chance dans ce cas d'être en présence d'une sténose organique.

2° La douleur se rencontre dans les affections du carrefour vésiculo-duodéno-pylorique. Elle est à caractère de *torsion*, de brûlure, de sensation de faim, elle a un horaire fixe et régulier dans le cas d'ulcus. Dans le cas de lithiasc elle est d'une acuité extrême, obligeant le malade à se coucher sur le flanc et nécessitant souvent une injection de morphine. Le sens de l'irradiation de la douleur a une valeur diagnostique assez considérable. Dans l'ulcus elle a un siège fixe avec point douloureux postérieur lombaire tandis que dans la lithiasc l'irradiation va vers l'épaule droite ou dans le dos vers la pointe de l'omoplate. Dans l'ulcus duodénal, l'ingestion d'aliments ou d'alcalins diminue ou calme les douleurs; dans la lithiasc au contraire il n'y a aucune modification.

3° L'*ictère* est plus fréquent dans les affections lithiasiques que dans les affections duodénales, quoiqu'il puisse exister dans le cas où le malade présente une lithiasc vésiculaire accompagnant un ulcus duodénal. Dans ce cas, le diagnostic devient difficile, et, le plus souvent, ce ne sont que les commémoratifs qui font faire le diagnostic.

4° L'*hématémèse* et le *mœlena*, sont plus fréquents dans les affections duodénales que vésiculaires.

5° La *stase intestinale* chronique, accompagne toujours un ulcus duodénal, et il faut toujours se méfier de l'existence de celui-ci, lorsque radiologiquement, on se trouve en présence d'une S. I. C.

PRONOSTIC ET TRAITEMENT

Le pronostic est en général favorable. L'ulcus duodéal, guérit, s'il n'y a point de complications graves, à savoir, une perforation ou une hémorragie abondante.

Le traitement doit être tout d'abord médical. Pendant six semaines au moins, le malade doit être traité médicalement.

S'il se présente avec des symptômes d'hémorragie, le repos au lit, la glace sur le ventre, la diète absolue pendant 24 à 48 heures, une transfusion sanguine, auront raison du symptôme prédominant.

Si ce sont des troubles dyspeptiques, qui prédominent, un régime dans lequel il y aura prédominance de graisses et d'hydrates de carbone; la méthode des petits repas (5 par jour), une poudre composée de:

Kaolin, 60 gr.

Carbonate de Bi, 20 gr.

Sous-nitrate de Bi, 5 gr.

Craie préparée, } aa

Magnésie calcinée, } 20 gr.

2 cuillerées à café le matin à jeun, dans un verre d'eau, doivent être préconisés pendant au moins un mois.

Si ce sont des signes de sténose, il nous faudrait essayer les lavages d'estomac, la poudre de belladone (pilules de Trousseau) ou mieux encore l'atropine en injections (un demi à un milligramme par jour) et cela pendant au moins un mois.

Si après ce traitement, nous n'avons obtenu aucune amélioration, le problème opératoire devrait se poser à l'esprit du médecin, et après désinfection préalable, de la bouche, des dents, de l'estomac, nous devons l'envoyer au chirurgien, avec un diagnostic certain.

RÉTRÉCISSEMENTS DUODÉNAUX OU SOUS-PYLORIQUES

Anatomiquement, le rétrécissement du pylore n'existe pas; toute sténose, dite pylorique, provient soit du duodénum, soit de l'estomac. On ne la rencontre pas à titre de lésion primitive sur les estomacs et duodénums que l'on opère. Le rétrécissement dit pylorique est la conséquence soit d'un ulcère duodéal, soit d'un ulcus de cette petite courbure placé près du pylore; dans ce dernier cas, c'est l'infiltration pylorique consécutive à l'extension de l'ulcus gastrique simple, calleux ou cancéreux, qui provoque le rétrécissement.

Les rétrécissements dits juxta-pyloriques sont tous *sous-pyloriques*, c'est-à-dire duodénaux.

Je rappelle que l'ulcus duodéal est plus fréquent que l'ulcus gastrique, surtout chez l'homme. Sur 4 ulcus masculins, il y a 3 ulcus duodénaux.

Quel traitement appliquer ?

La réponse dépend de plusieurs conditions:

COMMENT SE PRÉSENTE L'OPÉRATION? a) *L'opérateur a-t-il un accès facile sur le duodénum?* Celui-ci est-il large ou mobilisable? La grande courbure de l'estomac peut-elle être facilement amenée au contact du duodénum? Si le cas se montre aisé, il n'y a pas d'hésitation possible, il faut faire une *gastro-duodénostomie*. Le meilleur procédé consiste à fendre, dans sa longueur, le pylore, le duodénum, l'estomac, puis à transformer en une suture verticale cette incision longitudinale qui commence sur l'antra pylorique

et se continue sur le duodénum après avoir traversé le pylore; il faut transformer cette fente longitudinale en une

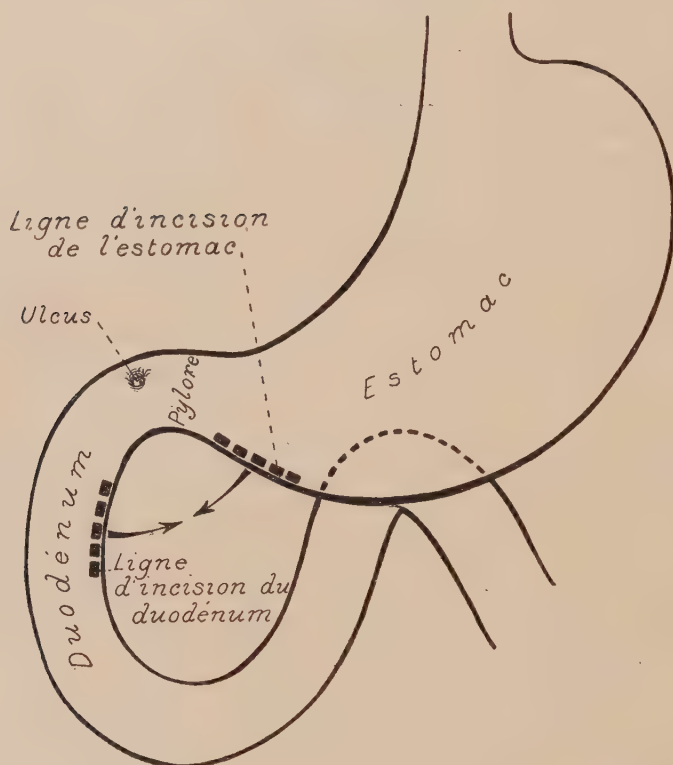


Fig. 7. — CHIRURGIE GASTRIQUE (La gastro-duodénostomie).

En cas d'ulcère duodénal, si la grande courbure de l'estomac est mobile, ou si le duodénum est facilement accessible, la gastro-duodénostomie est une excellente opération. Elle consiste à anastomoser l'estomac, immédiatement avant le pylore, avec la portion verticale du duodénum, le plus près possible de son bord interne. Cette intervention est plus facile si on excise d'abord l'ulcère pylorique et si on prolonge l'incision sur l'estomac et le duodénum (Finney).

ou plutôt deux sutures verticales parallèles, pour faire communiquer largement la première et la seconde portion du duodénum, avec la petite tubérosité de l'estomac. C'est la gastro-duodénostomie de FINNEY.

b) *Le rétrécissement duodénal est guéri, souple, fibreux.*
Le processus est éteint; il y a sténose, mais l'ulcère n'est

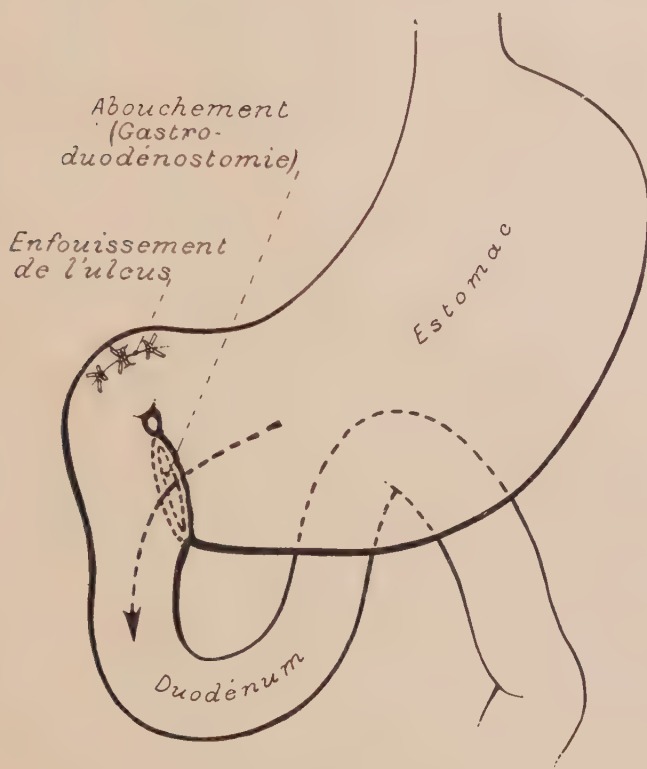


Fig. 8. — CHIRURGIE GASTRO-INTESTINALE
(Gastro-duodénostomie et enfouissement de l'ulcère).

Sur l'ulcère même, trois points de suture produisent l'enfouissement pour éviter la rupture. L'estomac est anastomosé avec le jéjunum. Le pylore est donc exclu et le contenu gastrique rencontre la cavité jéjunale qui n'est pas accoutumée à recevoir ces liquides. Le jéjunum n'est pas apte à les recevoir, d'où production possible de l'ulcère jéjunal. Il serait plus simple et plus efficace de faire l'incision de l'ulcère suivie d'une gastro-duodénostomie par prolongation de l'incision sur l'estomac et le duodénum (Finney).

plus en activité. Si l'ulcère est encore floride, l'opération idéale consiste dans la résection du duodénum. Cette résec-

tion sera surtout indiquée si en même temps il y a des hémorragies, des douleurs, parce qu'il y a présence ou

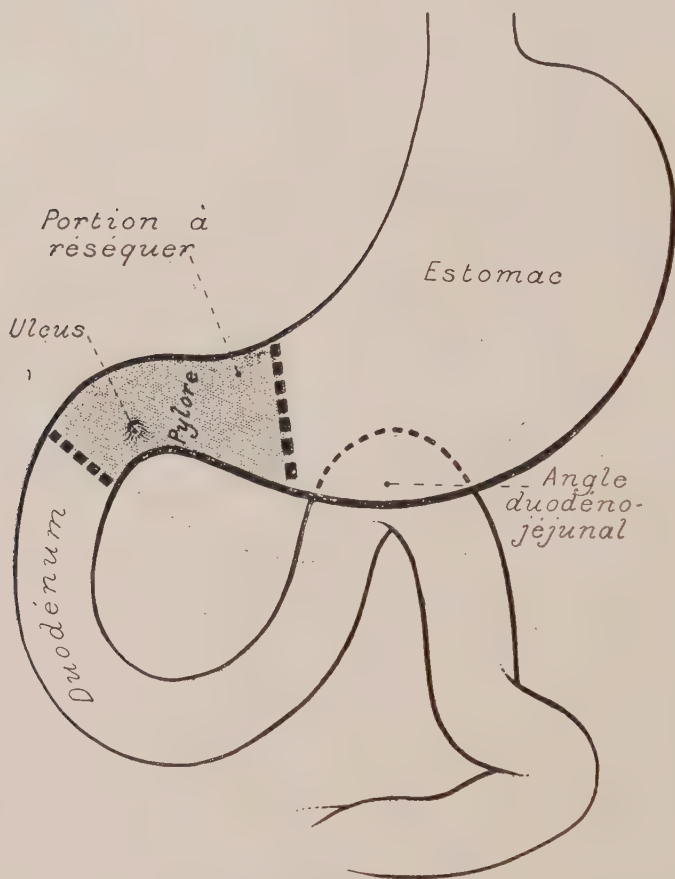


Fig. 9. — CHIRURGIE GASTRO-INTESTINALE
(Duodénectomie).

En cas d'ulcère duodénal, si le cas se présente facile, la résection est certainement la meilleure opération. Elle consiste dans la résection du segment malade, mais il faut que l'opération soit facile de façon à donner le maximum de chances de guérison. Si le sujet est hyperchlorhydrique il faut enlever les $\frac{2}{3}$ de l'estomac.

risques de perforation. Mais il faut reconnaître qu'alors l'opération est délicate; elle nécessite un certain entraîne-

ment chirurgical. Cette résection portera plus ou moins loin, suivant que le sujet est peu, ou pas, ou très hyperchlorhydrique.

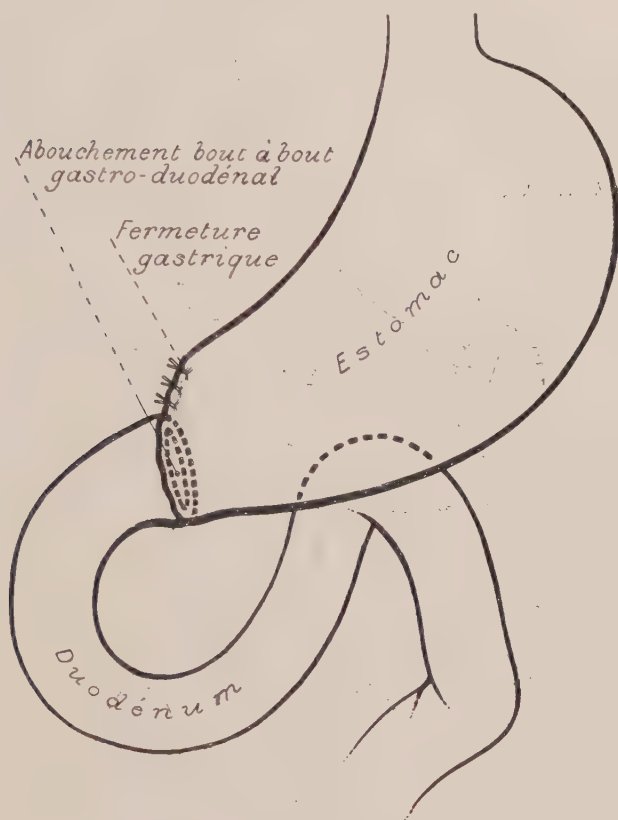


Fig. 10. — CHIRURGIE GASTRO-INTESTINALE
(La pyloro-duodénectomie).

En cas d'ulcus duodénal l'abouchement bout à bout à la Péan a été fait. La tranche gastrique a été un peu rétrécie, car il y a disproportion entre les deux extrémités.

Si le sujet est très peu hyperchlorhydrique, la résection n'aura pas besoin d'être étendue, on pourra s'en dispenser. Mais s'il y a forte hyperchlorhydrie, il faudra non seule-

ment réséquer le duodénum, mais une grande partie d'estomac, le plus d'estomac possible. Alors, comment terminera-t-on l'opération? Si le duodénum présente assez d'étoffe

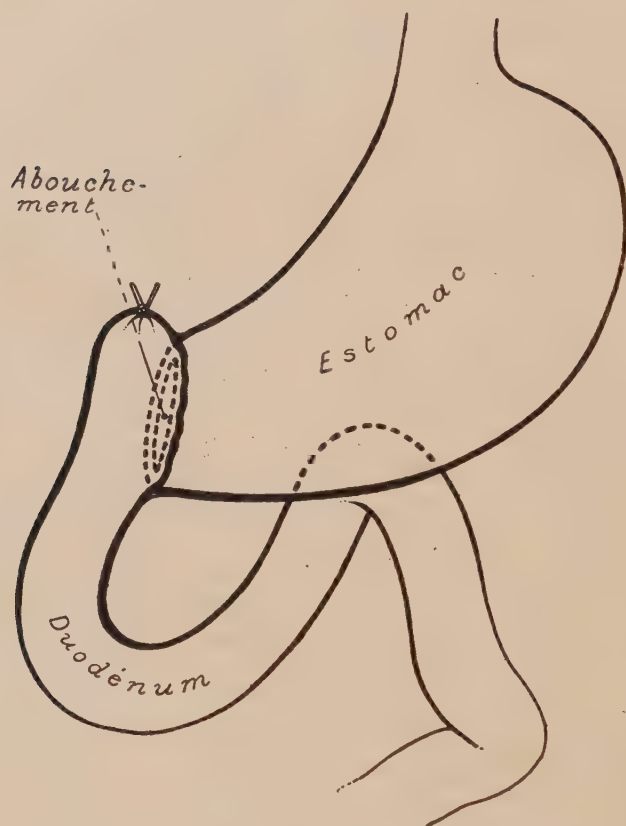


Fig. 11. — CHIRURGIE GASTRO-INTESTINALE
(Duodénectomie, terminée par une gastro-duodénostomie par implantation).

Le duodénum étant trop petit a été fermé en cul-de-sac et l'estomac a été implanté dans la seconde portion de cet intestin.

— ce qui est rare — on pourra faire un bout à bout (PÉAN); si, au contraire, l'étoffe n'est pas suffisante, on fermera le

duodénum en cul-de-sac et on fera une implantation gastro-jéjunale.

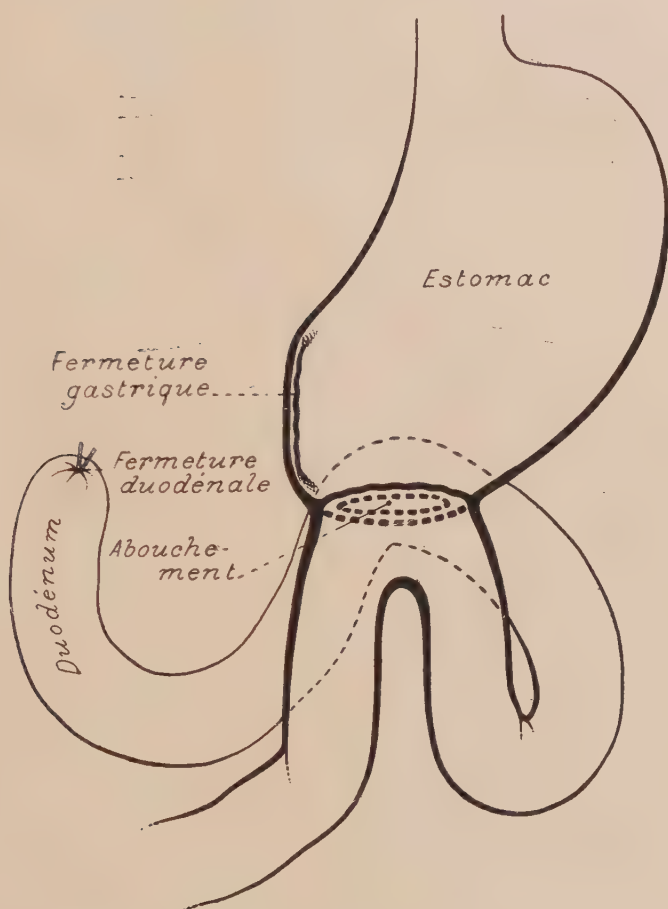


Fig. 12. — CHIRURGIE GASTRO-INTESTINALE
(Pyloro-duodénectomie pour ulcus duodénal).

Le duodénum a été fermé en cul-de-sac; l'estomac également; la G.-E. est faite au point de vue déclive.

Dans tous les autres cas, on pratiquera la G.-E. pure et simple et parmi ces G.-E., celle qui est de beaucoup la meil-

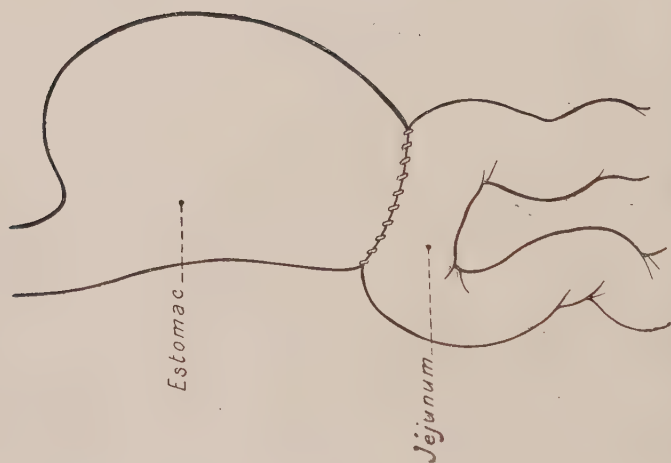


Fig. 13. — Ulcus duodénal. *Excision gastro-pylorique.*
 Implantation termino-latérale de l'estomac, après résection du pylore et de la première portion du duodénum. La suture sera faite avec du catgut-lent, en deux plans. Cette résection du pylore convient surtout aux cas hémorragiques et aux formes douloureuses par spasmes du pylore. Cette « spinctérectomie » large met à l'abri de la douleur, des hémorragies et si la résection est étendue, met très probablement à l'abri de l'ulcus jéjunal.

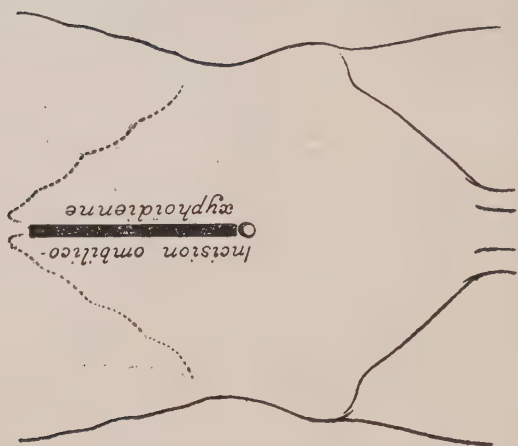


Fig. 14. — INCISION POUR OPÉRATIONS GASTRIQUES ET DUODÉNALES. *Incision médiane.*
 Elle suffit à la majorité des cas. Elle va de l'ombilic à l'appendice xyphoïde.

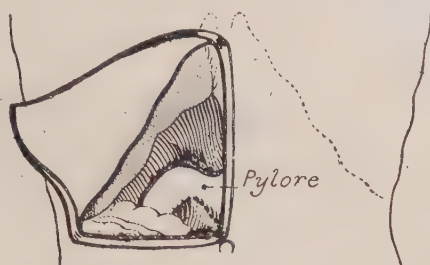


Fig. 15. — INCISIONS POUR OPÉRATIONS GASTRIQUES ET DUODÉNALES.
Incision en équerre droite.

Le jour considérable que donne cette incision. Elle convient aux résections du duodénum, à certaines pyloro-gastrectomies, à la gastro-duodénostomie, aux cholécystectomies qui complètent les interventions gastriques.

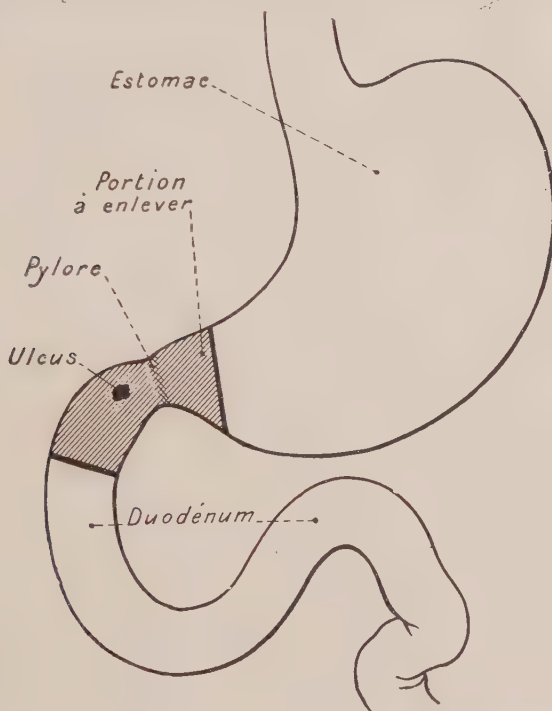


Fig. 16. — ULCUS DUODÉNAL. *Excision gastro-pylorique.*

L'ulcus duodénal siège sur la première portion du duodénum, à peu de distance du pylore. Ici, le pylore et le duodénum sont mobiles ou très mobilisables. La résection est de ce fait facile et bénigne, conditions où il est permis de la tenter. La portion en grisaille indique le segment à supprimer. Le duodénum sera fermé en cul-de-sac par une suture en bourse. L'estomac sera implanté dans le jéjunum. Si le sujet est hyperchlorhydrique, la section portera beaucoup plus à gauche. Supprimer une plus grande surface de la petite tubérosité, ce qui diminuera la sécrétion gastrique et diminuera les risques d'ulcus jéjunal secondaire.

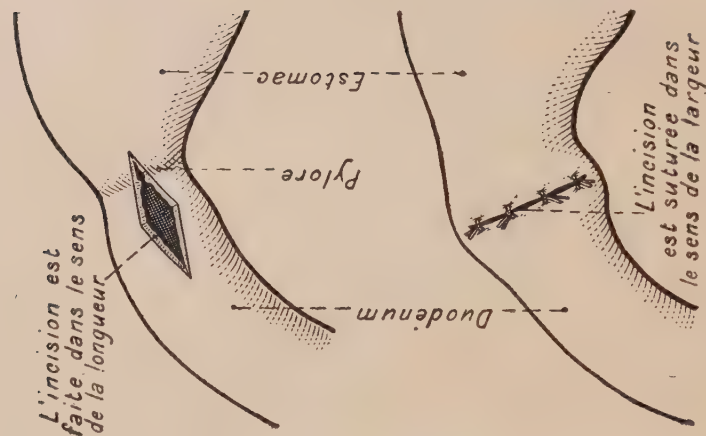


Fig. 18. — ULCUS DUODÉNAL.
Thermocautérisation et pyloroplastie.

Plaie losangique qui résulte de la section pyloro-duodénale. L'incision parallèle à l'axe intestinal est transformée en une fente verticale, ce qui agrandit l'orifice pylorique et supprime sa contracture. La vidange de l'estomac est assurée.

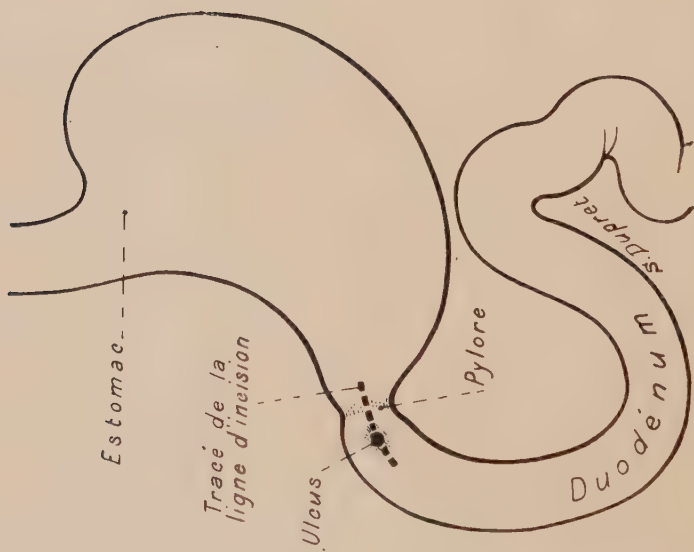


Fig. 17. — ULCUS DUODÉNAL. — Thermocautérisation et pyloroplastie.

Le but de l'opérateur doit être d'empêcher les hémorragies, les perforations, supprimer les douleurs et rétablir la vidange parfaite de l'estomac. Un coup de thermo dans l'ulcère et la pyloroplastie réalisent ce but. Cette figure montre l'ulcère brûlé au thermo, puis débridé du côté gastrique et duodénal. La section portant sur le pylore est courte (1/3), plus longue du côté du duodénum (2/3); l'ulcère au milieu. Cette opération ne peut être employée que dans les cas où l'hyperchlorhydrie est relativement faible, sinon on peut craindre des récidives au niveau de la suture. La pyloroplastie toutefois améliore la vidange de l'estomac et fait disparaître les douleurs par spasme.

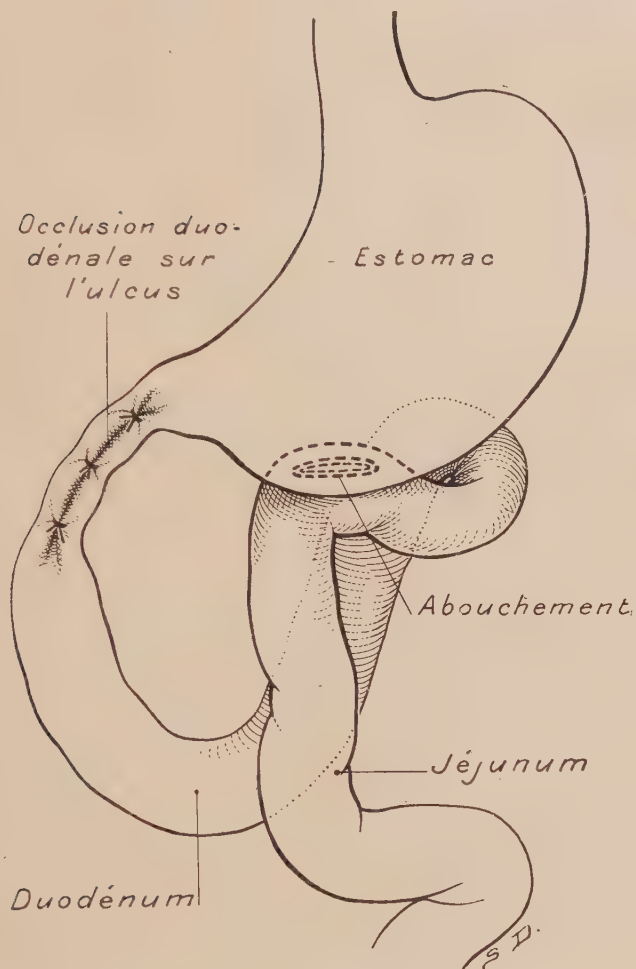


Fig. 19. — ULCUS DUODÉNAL. ENFOUISSEMENT ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE.

Comment il faut disposer la bouche anastomotique : anse courte près de la grande courbure et du pylore. Le contenu gastrique tombe directement dans l'anse jéjunale efférente.

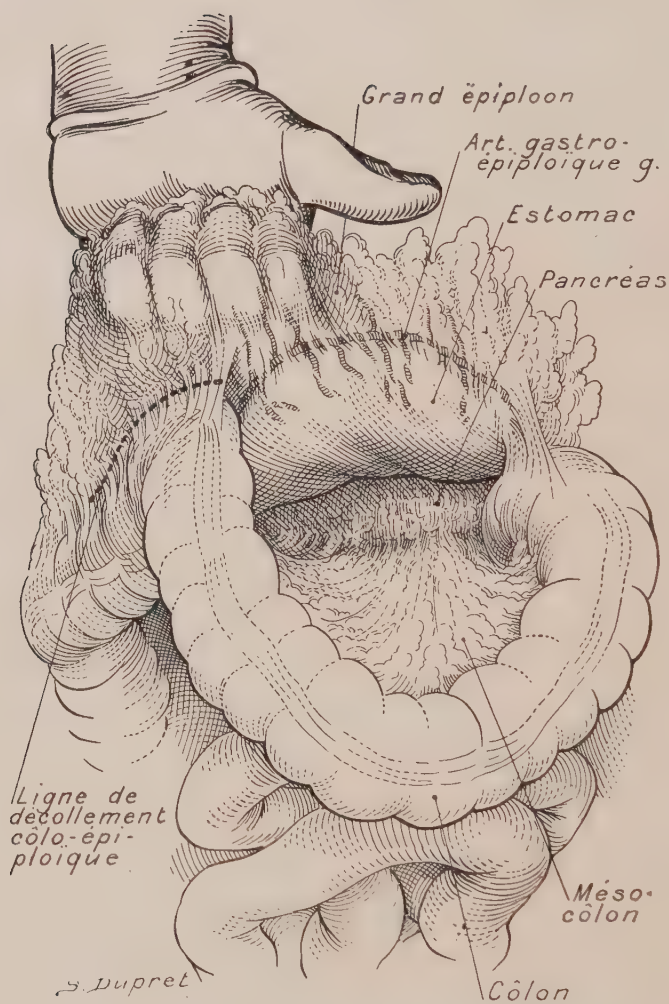


Fig. 20. — ULCUS DUODÉNAL. ENFOUISSEMENT ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE.

Décollement colo-épiploïque. Il reste encore à sectionner les insertions colo-épiploïques sur lesquelles est tracé le pointillé. La face postérieure de l'estomac est visible ainsi que le pancréas et la face supérieure du mésocôlon transverse.

leure reste toujours la G.-E. à anse courte. On la fera ou oblique, ou transversale, ou verticale (procédé de RICARD). Cela n'a pas d'importance. L'essentiel est de prendre une anse courte; c'est celle qui videra le mieux et donnera le moins de troubles. Si pour des raisons quelconques, on doit

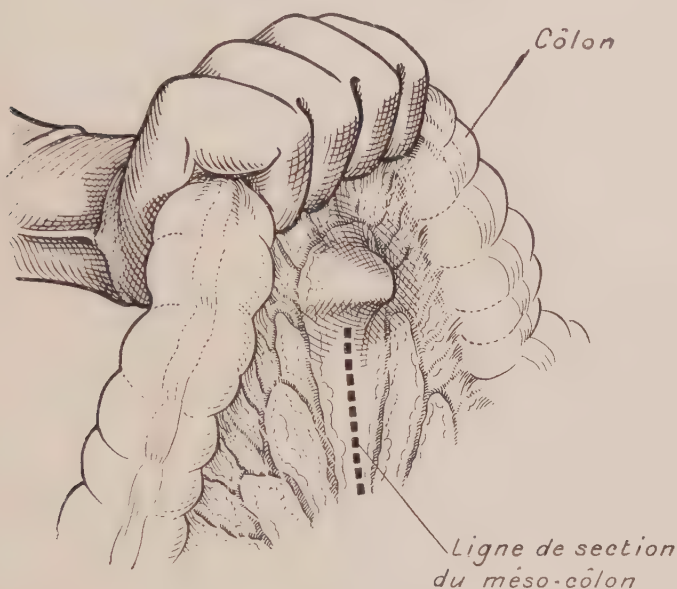


Fig. 21. — ULCUS DUODÉNAL, ENFOUISSEMENT ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE.

Gastro-entérostomie postérieure trans-méso-colique. Comment on incise le méso-côlon dans un espace avasculaire.

faire une G.-E. antérieure (méso-côlon gras), si on doit prendre une anse longue pour des raisons de difficultés, il faudra toujours la compléter par une jéjuno-jéjunostomie à l'aide du bouton de Villar, de façon qu'il n'y ait pas de cercle vicieux et que la bile s'écoule directement dans l'intestin. Ne jamais faire une G.-E. à anse longue sans faire en même temps une jéjuno-jéjunostomie.

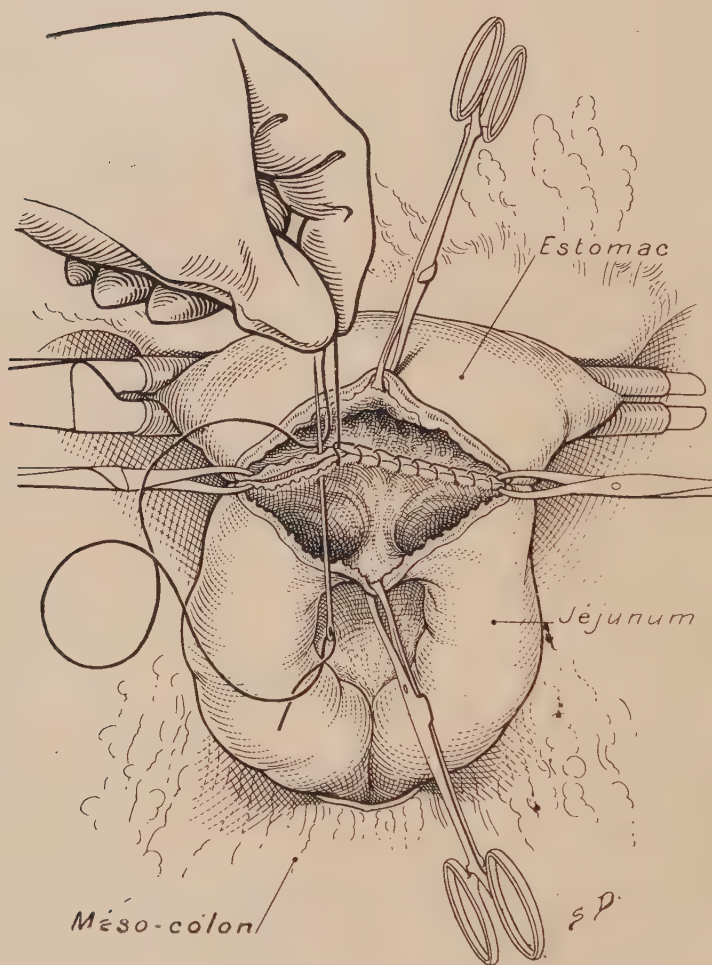


Fig. 22. — ULCUS DUODÉNAL. ENFOUISSEMENT ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE.
Suture totale postérieure (point de feston).

Remarquer le rôle des pinces de Chaput qui bâtissent le travail.

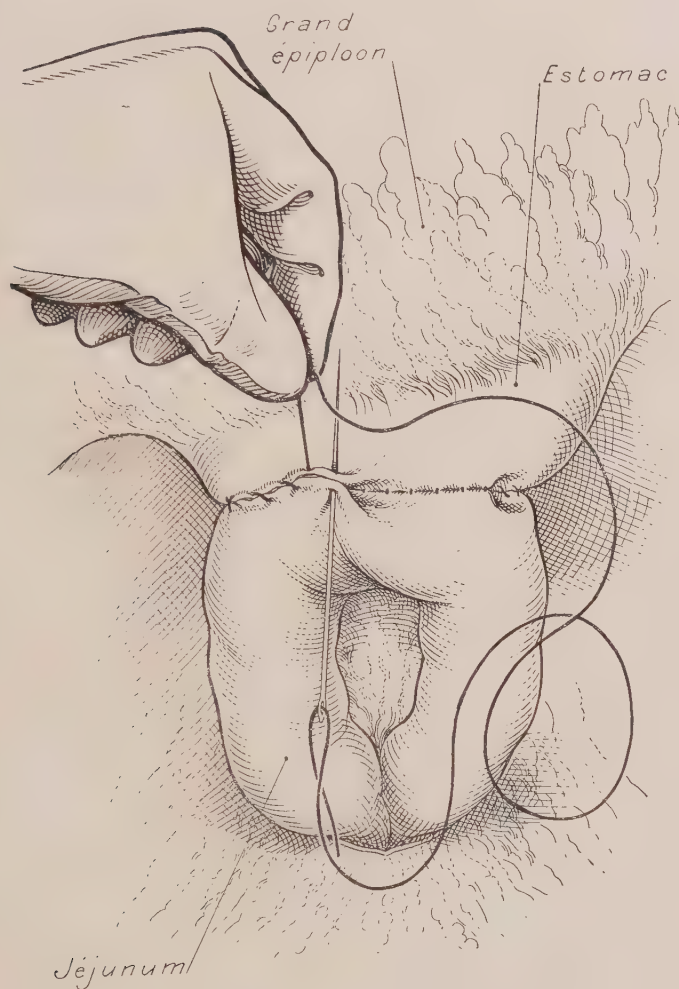


Fig. 23. — ULCUS DUODÉNAL.
ENFOUISSEMENT ET GASTRO-ENTÉROSTOMIE.

Surjet séro-séreux antérieur.



Fig. 23.

GASTRO-ENTÉROSTOMIE MARGINALE POUR ULCÈRE DUODÉNAL.

Ouverture du méso-colon transverse. L'opérateur choisit un espace vasculaire placé le plus près possible de la portion dépouillée de l'estomac. Généralement, cette ouverture correspond avec la portion la plus large des cercles avasculaires : toutefois, si l'ouverture ne paraissait point assez large et si l'espace vasculaire n'était point assez grand, il ne faudrait pas hésiter à sectionner un vaisseau méso-colique entre deux ligatures, de façon à ce que la bouche anastomotique ne soit point étranglée par la brèche méso-colique.

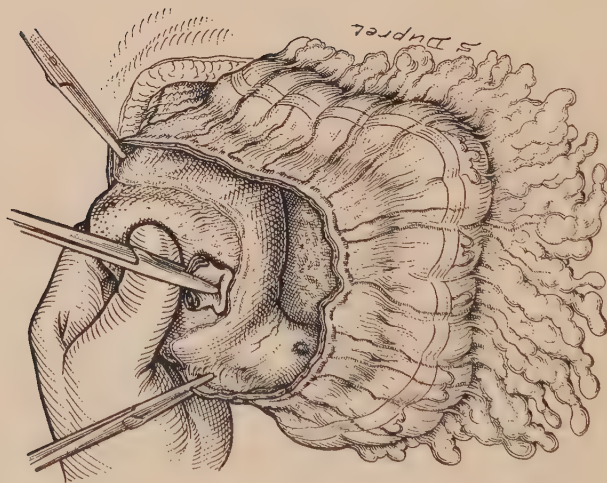


Fig. 24.

GASTRO-ENTÉROSTOMIE MARGINALE POUR ULCÈRE DUODÉNAL.

D'un coup de compresse l'opérateur a dépouillé la grande courbure, de ses vaisseaux et de l'épiploon ; on voit les artères gastro-épiploïques. Aux deux extrémités, des pinces oblitèrent les troncs, pour éviter le saignement de la tranche gastro-épiploïque. Un tampon achève de liétrer le feuillet supérieur du méso-colon transverse. Au niveau de la grande courbure, le pointillé indique les vaisseaux arrachés par le dépouillement de Témoz à la compresse.

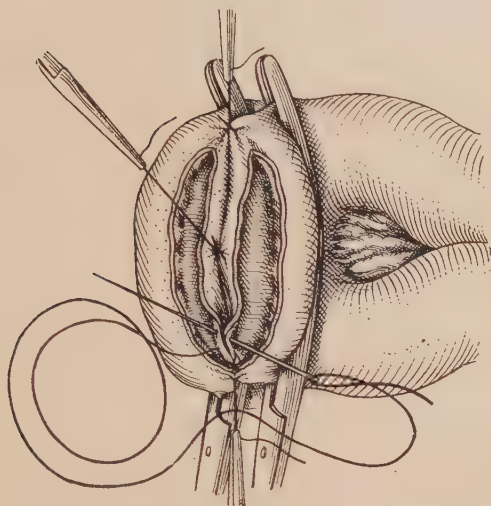


Fig. 27.

GASTRO-ENTÉROSTOMIE MARGINALE POUR ULCÈRE DUODÉNAL.

Des surjets séro-musculaires postérieurs, les trois fils jâlons sont les seuls séro-séreux; l'estomac et le jéjunum ont été incisés à 3 millimètres environ des fils précédents. La ligne séro-musculaire est suturée en catgut lent.

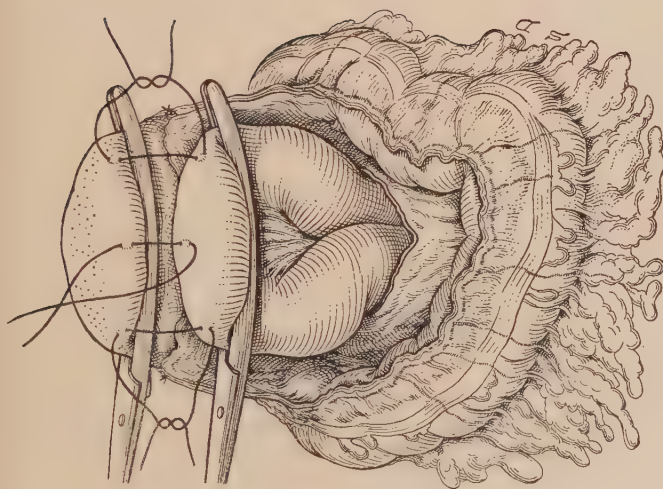


Fig. 26.

GASTRO-ENTÉROSTOMIE MARGINALE POUR ULCÈRE DUODÉNAL.

L'anse jéjunale très courte, la plus courte possible, a été amenée à travers la brèche méso-colique, brèche suffisamment large; des épingles ont été posés sur le jéjunum et l'estomac. Trois fils jâlons ont été posés pour bâtir le travail. Remarque la situation respective de ces trois fils; les deux extrêmes correspondent exactement au bord libre de l'intestin et de l'estomac; celui du milieu empiète légèrement sur les faces postérieures; ces fils sont de catgut lent.

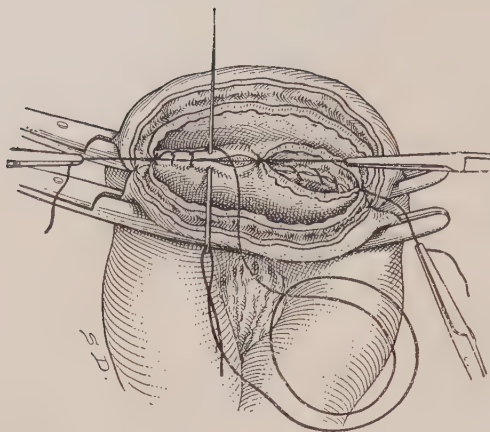


Fig. 28.

GASTRO-ENTÉROSTOMIE MARGINALE POUR ULCÈRE DUODÉNAL.

Points muco-muqueux. Après le surjet séro-musculaire, l'estomac et le jéjunum sont ouverts et l'opérateur passe un plan muco-muqueux : trois fils jalons séparés ont été posés; dans l'intervalle, une suture en point de feston est menée avec une aiguille droite.

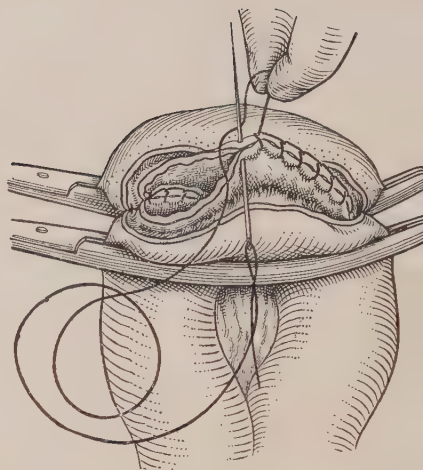


Fig. 29. — GASTRO-ENTÉROSTOMIE MARGINALE POUR ULCÈRE DUODÉNAL.

Suture muco-muqueuse antérieure. La muqueuse seule est rapprochée par une suture en point de feston. Celui-ci ne va pas le point de CONNELL.

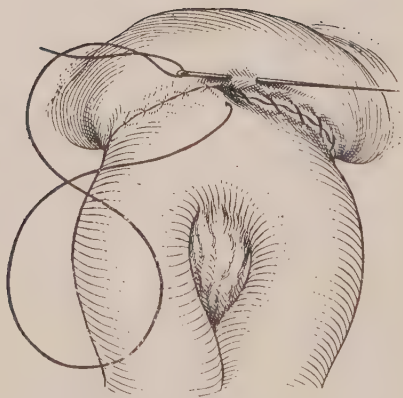


Fig. 30. — GASTRO-ENTÉROSTOMIE MARGINALE POUR ULCÈRE DUODÉNAL.

Points séro-séreux antérieurs. Points de Cushing. L'aiguille plonge dans l'estomac, puis dans le jéjunum, parallèlement à la ligne de suture. Le catgut lent est utilisé.



Fig. 31. — GASTRO-ENTÉROSTOMIE MARGINALE POUR ULCÈRE DUODÉNAL.

Suture de la brèche méso-colique. C'est à l'estomac que le méso-colon est suturé par quatre points séparés. Remarquer que la brèche méso-mose gastro-jéjunale; ce détail est indispensable, quitte à sectionner un vaisseau méso-colique pour l'agrandir.

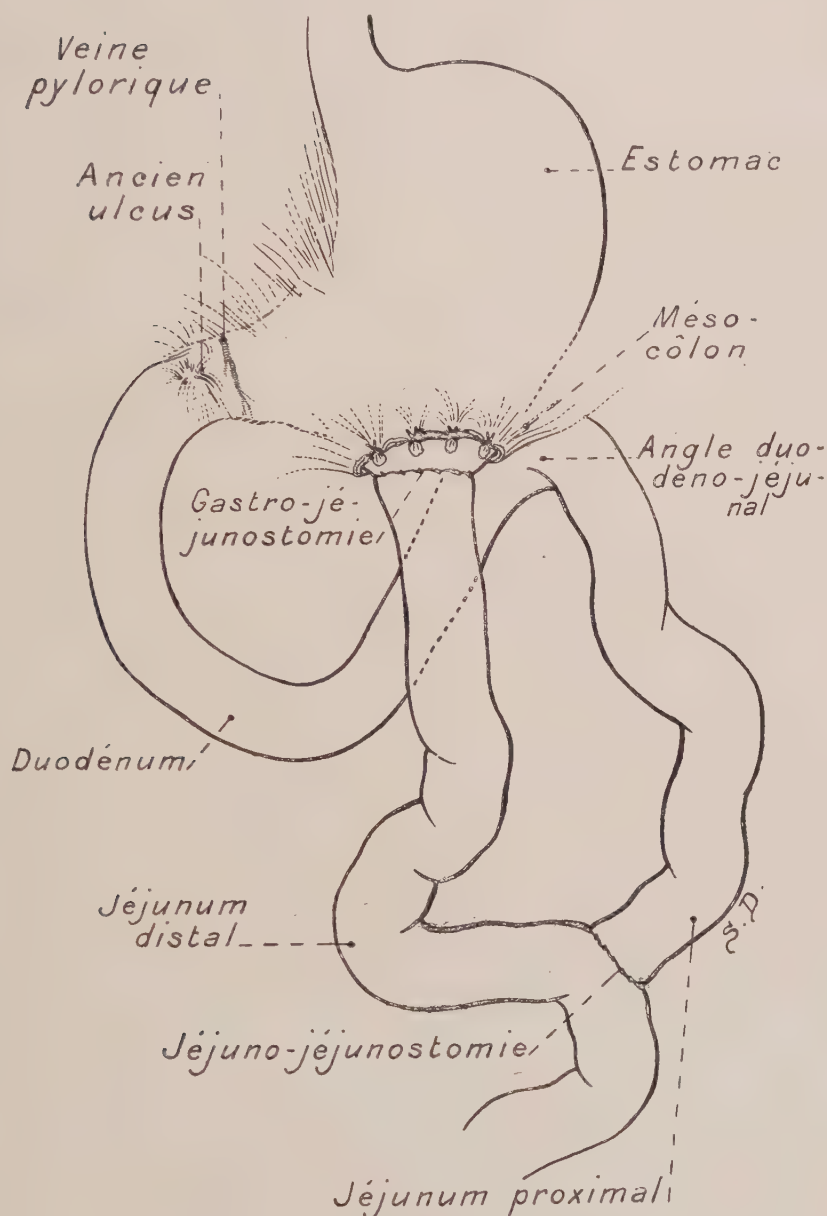


Fig. 32. — ULCÈRE DUODÉNAL. — GASTRO-ENTÉROSTOMIE TRANS-MÉSO-COLIQUE MARGINALE EN Y.

La gastro-entérostomie en Y est terminée.

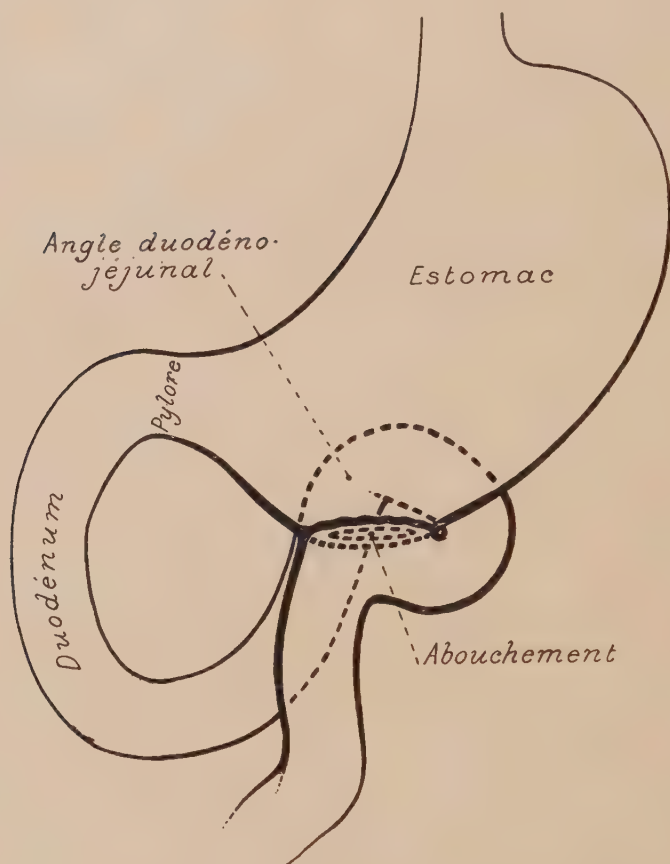


Fig. 33. — CHIRURGIE GASTRIQUE (une des bonnes gastro-entérostomies).

G.-E. à anse courte, au point déclive, marginale. C'est la façon la plus simple de faire la G.-E. On peut appliquer l'anastomose immédiatement au niveau de la grande courbure, après dépouillement de courbure et désinsertion du grand épiploon, ou bien encore sur la face postérieure de l'estomac, mais à 1 ou 2 centimètres au plus au-dessus de la grande courbure. La bouche d'orifice occupe ainsi le point déclive même si l'estomac se rétracte.

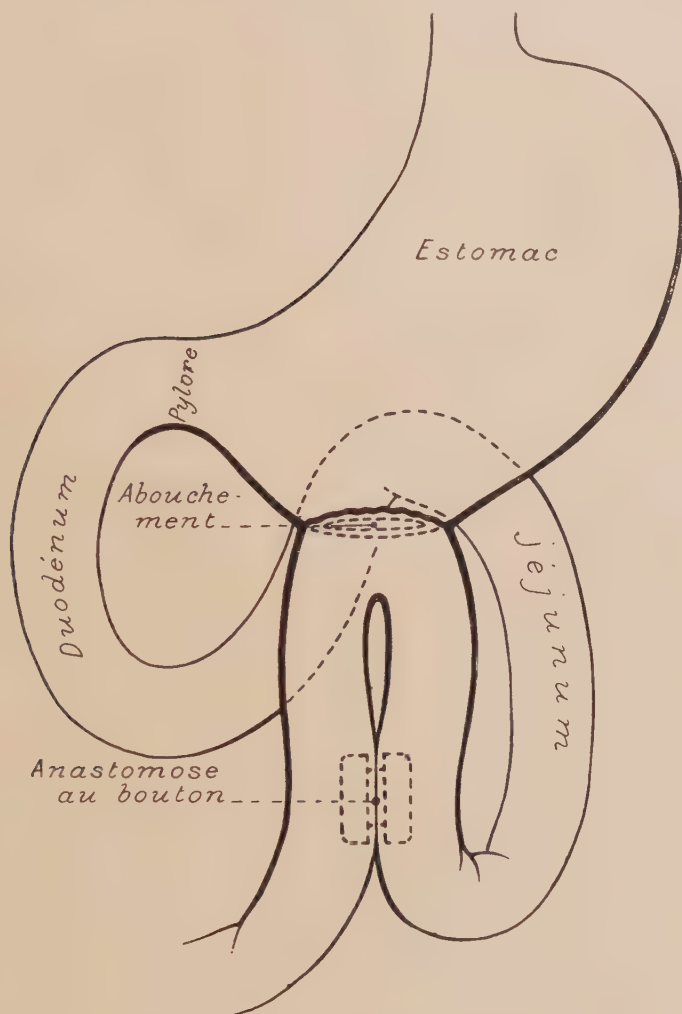


Fig. 34. — CHIRURGIE GASTRIQUE (une des bonnes gastro-entérostomies).

G.-E. à anse longue, avec jéuno-jéjunostomie au bouton. C'est un procédé que nous conseillons dans le cas où l'anse courte ne semble pas devoir donner un bon drainage gastrique. En prenant l'anse longue et en exécutant une jéuno-jéjunostomie, on est certain de ne pas avoir de cercle vicieux. Néanmoins, il faut que le chirurgien se rapproche toujours le plus possible du pylore et de la grande courbure.

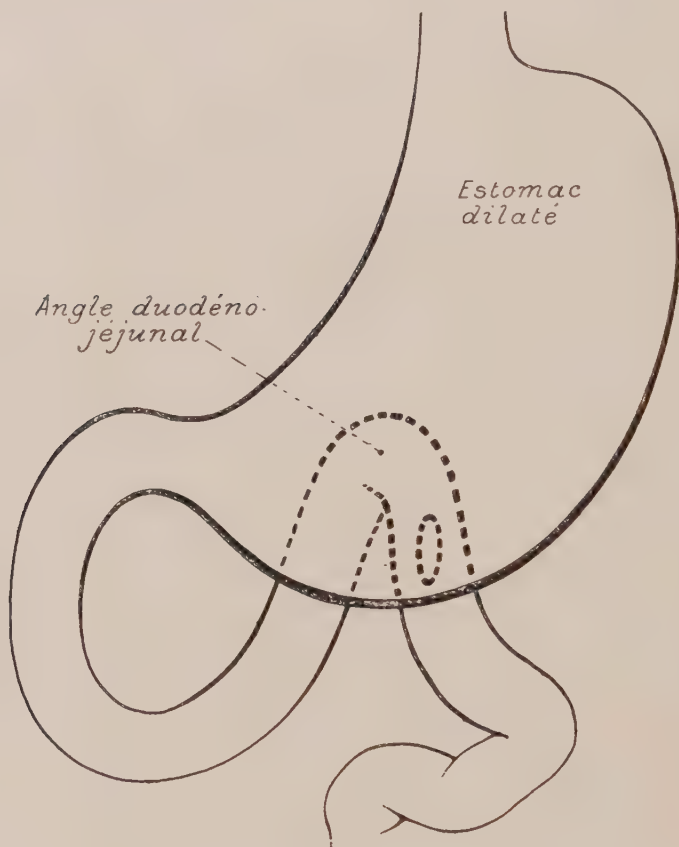


Fig. 35. — CHIRURGIE GASTRIQUE
(Gastro-entérostomie défectueuse).

Estomac dilaté. La G.-E. a été faite le plus près possible du bord de la grande courbure, mais trop à gauche.

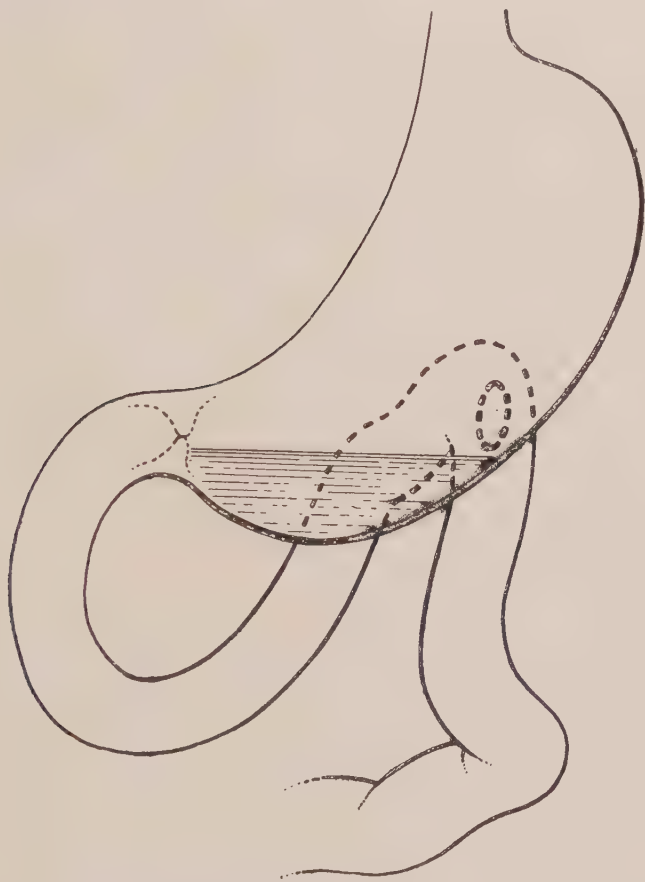


Fig. 36. — CHIRURGIE GASTRIQUE
(Gastro-entérostomie défectueuse).

Voilà ce que devient l'estomac après anastomose à anse courte en cas d'estomac dilaté trop loin du pylore (fig. 35). Il aurait fallu faire l'orifice du drainage au point déclive. S'il avait été situé plus près de la grande courbure, l'orifice continuerait à occuper le point déclive.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

Mme D..., âgée de 52 ans, nous est envoyée à l'hôpital Saint-Michel par le Docteur LÉON MEUNIER, elle vient nous voir le 30 octobre 1922, parce qu'elle se plaint depuis déjà de longues années de douleurs dans la fosse iliaque gauche. A l'âge de 18 ans, elle a présenté une hématomérose assez abondante. Depuis elle a eu des douleurs assez irrégulières situées au creux épigastrique survenant 4 à 5 heures après les repas. Ses digestions sont lentes et difficiles; des vomissements provoqués la soulageaient considérablement. Ses selles sont irrégulières, elle a toujours été constipée.

Examen clinique. — A la palpation de la zone pancréatico-cholédocienne, nous provoquons une douleur assez vive. Rien d'autre à signaler dans les autres appareils.

Examen du suc gastrique. — Le tubage à jeun a décelé une acidité $A = 2,10$, d'un liquide s'élevant à 100 cm. cubes. L'acidité après repas d'épreuve s'élève à $A = 3,20$; l'évacuation du repas est très retardée puisque nous trouvons de l'acide salicylique dans tous les tubes.

Examen radiographique. — Après ingestion d'une bouillie barytée le radiographe trouve une déformation bulbaire caractérisée par une niche.

Le transit intestinal nous a montré une stase gastrique à la cinquième heure.

Les examens terminés nous posons le diagnostic de Sténose pylorique incomplète par ulcus duodénal.

Opération. — Le 9 novembre, opérée par le Docteur PAUCHET, celui-ci trouve en effet un bel ulcus duodénal qu'il résèque. Il fait ensuite l'opération de PEAN (gastro-duodéno-stomie bout à bout). Les suites opératoires furent excellentes, la malade nous quitte au bout de 20 jours.

OBSERVATION II (personnelle).

M. P..., âgé de 36 ans, vient à l'hôpital Saint-Michel le 11 juillet 1922 parce qu'il se plaint depuis 1919 de brûlures au creux épigastrique.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde en 1910, coliques hépatiques en 1918. Les brûlures dont il se plaint surviennent par crises et cessent par un traitement local et un régime lacté.

En juin 1920 il eut une hématomèse ayant provoqué une perte de un litre de sang environ. Depuis il suit un régime lacté qui semble amender son état. Il a toujours présenté des vomissements alimentaires et glaireux. Les aliments ingérés la veille ou l'avant-veille, sont retrouvés dans ses vomissements.

Les selles sont irrégulières, elles ont été noires lors de son hématomèse. Il a toujours été constipé. Depuis quelques mois il a maigri assez considérablement. L'appétit a toujours été conservé.

Examen objectif clinique. — Pannicule adipeux nul. Ventre amaigri, la palpation de la zone pancréatico-cholédocienne est douloureuse. La rate est percutable sur une surface de 4 x 4.

Examen du suc gastrique. — On retire à jeun un volume de 180 cc. dont l'acidité s'élève à 1,90. L'acidité du liquide après repas s'élève à 2,30, l'évacuation du repas est retardée.

Radiographie estomac et transit intestinal. — Normaux.

Malgré la non existence de signes radiologiques d'ulcus, nous posons le diagnostic d'ulcus duodénal.

Celui-ci se trouve d'ailleurs vérifié à l'opération qui a eu lieu vers le 20 juillet. L'opérateur fait une gastro-entérostomie marginale.

Les suites opératoires furent excellentes. Le malade se réalimente petit à petit, et quitte l'hôpital complètement transformé, quant à son état général.

OBSERVATION III (due à l'amabilité du Dr DELORT).

M. K..., âgé de 38 ans, vient nous consulter pour des troubles dyspeptiques, consistant en douleurs irrégulières datant depuis l'extrême jeunesse.

Actuellement, ce sont des vomissements continuels contenant des aliments ingérés deux ou trois jours auparavant.

Depuis quelques mois il a maigri considérablement. Constipation opiniâtre et habituelle. L'appétit est conservé.

Il n'a jamais eu ni d'hématomèse, ni de mœléna.

Examen objectif clinique. — Dénutrition avancée, remarquable par la non-existence de pannicule adipeux. Douleur assez vive provoquée par la palpation de la zone pancréatico-cholédocienne. La rate est percutable sur une surface de 4 x 4. Voûte du palais ogivale.

Examen du suc gastrique. — Présence de liquide à jeun abondant hyper-acide. Hyperacidité marquée du suc gastrique après repas d'épreuve. Evacuation très retardée.

Examen radioscopique. — Stase gastrique observée 8 heures après un repas opaque, le malade maintenu à jeun, aucune évacuation ne s'est produite.

Examen complémentaire. — WASSERMANN négatif. Constante AMBARD $K = 0,09$.

Conclusion. — Sténose pylorique par ulcus sous-pylorique.

Opération. — On trouve en effet un ulcus calleux situé à la première portion du duodénum. On fait une gastro-entérostomie, les suites opératoires furent très bonnes. Le malade revu 3 mois après se porte à la perfection.

OBSERVATION IV (personnelle).

M. L., 46 ans, vient le 19 septembre 1922 à l'hôpital Saint-Michel parce qu'il se plaint depuis quelques années de tiraillements d'estomac et de mauvaises digestions. Il a présenté des accalmies qui ont duré 4 ou 5 mois et depuis il ressent des douleurs au creux épigastrique survenant 4 heures après les repas.

Actuellement il vomit tous ses aliments, même ceux ingérés la veille ou l'avant-veille, il ne s'alimente plus qu'avec du lait. Ses selles sont irrégulières et il a une tendance à la constipation. Depuis 6 mois il a maigri de 15 kilos.

Examen objectif clinique. — Ventre excavé, pannicule adipeux nul. Douleur provoquée par la palpation de la zone pancréatico-cholédocienne.

Examen du suc gastrique. — A jeun on retire 610 cc. d'un liquide dont l'acidité totale est de 3,20 et dont la chlorhydrie est de 1,80. Après repas on retire un liquide dont l'acidité s'élève à 3,40 et la chlorhydrie à 2,10. D'autre part, à jeun, on recueille des aliments de stase.

Examen radioscopique. — Liquide à jeun très abondant. Stase gastrique considérable au bout de la 24^e heure. On a pu voir une déformation bulbaire consistant en une encoche. Il existait d'ailleurs une douleur exquise au duodénum.

Examen complémentaire. — Dosage de l'urée dans le sang, $U = 0,62$. WASSERMANN négatif.

Conclusion. — Sténose pylorique par ulcus duodénal.

Le malade est opéré d'urgence le 25 septembre. Le Dr PAUCHET, trouve en effet un gros ulcus calleux et fait une gastro-entérostomie.

Suites opératoires. — Le malade meurt 3 jours après l'opéra-

tion avec des signes de péritonite. A l'autopsie que nous avons faite avec le docteur BÉCART, nous avons trouvé en effet une quantité assez abondante de pus dans l'abdomen, mais nous n'avons rien trouvé du côté de la bouche de gastro-entérostomie qui paraissait en parfait état.

OBSERVATION V (due à l'amabilité du Dr RENAUDEAUX).

Association de lithiase et d'ulcus duodénal sténosant

Mme M..., 39 ans, vient le 1^{er} septembre 1921 à Saint-Michel parce qu'elle se plaint de douleurs au creux épigastrique depuis de longues années. Ces douleurs surviennent particulièrement après les repas et durent une heure ou deux.

Dans ses antécédents, nous relevons l'existence de coliques hépatiques en 1917. Depuis une quinzaine de jours, elle présente des renvois gazeux et vomit des aliments, même ceux ingérés la veille. Depuis son enfance elle a été constipée et ne va à la selle que par pilules laxatives ou lavements. Actuellement elle a des pituites matutinales. Elle n'a pas maigri beaucoup et son appétit est conservé.

Examen objectif clinique. — Nous avons été frappé par l'existence de *mouvements péristaltiques* au niveau du creux épigastrique. La palpation de la zone pancréatico-cholédocienne est douloureuse, ainsi que celle du point cystique.

Examen du chimisme gastrique. — Pas de liquide à jeun mais liquide gastrique *hypoacide* après repas d'épreuve; l'évacuation du repas est très précoce.

Radioscopie. — Hypersécrétion. Douleur au duodénum et au point vésiculaire. Le transit intestinal a montré une stase gastrique à la huitième heure.

Conclusion. — Sténose pylorique par ulcus duodénal avec péri-duodénite et péricholécystite.

A l'opération le chirurgien trouve en effet une vésicule blanche, par conséquent non saine, mais vide de calculs, et un ulcus duodénal. Il fait une gastro-entérostomie et nous conseille de suivre le malade au point de vue de sa vésicule.

Cette observation est très intéressante car elle nous a montré tout d'abord l'existence de deux lésions concomitantes et qui ne sont pas aussi rares qu'on peut le penser.

Elle nous montre aussi que lorsqu'on est en présence de ces deux lésions le chimisme gastrique n'est plus hyperacide mais hypoacide, et ceci est vrai car nous l'avons nous-

même vérifié chez la plupart des lithiasiques que nous avons observés.

Les suites opératoires ont été excellentes quant aux troubles digestifs, mais cette malade nous est revenue par la suite pour des troubles vésiculaires. Elle a présenté des coliques hépatiques ayant nécessité une injection de morphine, et peut-être se décidera-t-elle plus tard à une nouvelle intervention, afin de lui extirper sa vésicule.

OBSERVATION VI.

Mlle M..., âgée de 47 ans, vient au mois de juillet 1921 à l'hôpital Saint-Michel parce qu'elle se plaint depuis 20 ans de crampes (au creux épigastrique) et de douleurs irrégulières survenant par crises et qu'elle compare à une « torsion ». Elle a eu une hématomèse abondante il y a une quinzaine d'années. Elle a présenté de longues accalmies pendant deux ou trois années. Ses selles sont irrégulières; l'appétit est conservé; son équilibre nutritif est maintenu.

Examen objectif clinique. — Douleur provoquée par la palpation de la zone pancréatico-cholédocienne. Les autres appareils sont normaux.

Examen du chimisme gastrique. — Présence à jeun de 20 cc. de liquide dont l'acidité atteint 2,70. Après repas d'épreuve, on a un liquide dont l'acidité totale s'élève à 2,50. L'évacuation du repas est légèrement précoce.

Radioscopie, estomac et transit intestinal. — Douleur au niveau d'une encoche prépylorique. Stase gastrique et stase iléale.

Diagnostic. — Ulcus duodénal.

Opérée, elle fut en effet trouvée porteuse d'un petit ulcus du bulbe. On lui fait une gastro-entérostomie marginale. Les suites opératoires sont excellentes, la malade nous quitte et nous avons de ses bonnes nouvelles quelques mois après.

OBSERVATION VII.

Mlle M..., 35 ans, vient le 21 juillet 1921 à l'hôpital Saint-Michel parce que depuis 2 ans elle a des digestions difficiles. Nous sommes frappés par son état de maigreur et par ses cheveux blond vénitien.

Elle nous raconte qu'elle n'a plus d'appétit, qu'elle a un dégoût marqué pour les viandes. Elle présente après les repas, du ballonnement du ventre et elle sent, nous dit-elle, que les aliments ne passent pas. Malgré cela elle n'a jamais vomi mais elle est toujours constipée.

Examen objectif clinique. — Nous provoquons une douleur au creux épigastrique ainsi qu'à la zone de Chauffard. A l'auscultation des poulmons, nous percevons au sommet droit quelques craquements. Les autres appareils sont normaux.

Examen du chimisme. — On retire à jeun un liquide de 170 cc. ayant une acidité totale de 1,39. Après repas l'acidité du liquide est de 2,10. L'évacuation est très retardée.

Radio estomac et transit intestinal. — Poche à air très grosse, évacuation non vue. Douleur au duodénum. Hypersécrétion abondante. En outre, nous observons une stase duodénale à la cinquième heure. Et une stase iléale à la trentième heure.

Diagnostic. — Ulcus duodéal avec probabilité de bacilliose péritonéale. Opérée une première fois par le Docteur LUQUET, celui-ci trouve en effet un ulcus duodéal et de nombreux ganglions caséux dans son péritoine. Il fait une gastro entérostomie avec jéjunostomie au bouton. Les suites opératoires n'ont pas été brillantes puisque cette malade a dû être opérée de nouveau 1 mois après par le Docteur PAUCHET qui lui a fait une cœcosigmoïdostomie afin de lui diminuer sa stase intestinale. Fait à noter, à la seconde laparotomie le chirurgien n'a plus trouvé trace de ganglions bacillaires. Cette malade n'a pu supporter le choc opératoire de la deuxième intervention, et est décédée le 30 octobre 1921.

OBSERVATION VIII (personnelle).

Mme M..., âgée de 48 ans, nous est envoyée par le Dr LÉON MEUNIER, pour ulcus juxta-pylorique probablement en voie de transformation. Nous notons dans ses antécédents une grossesse extra-utérine.

Elle se plaint depuis une dizaine d'années de douleurs tardives au creux épigastrique survenant 3 à 4 heures après les repas. Ces douleurs ont été calmées par des paquets bicarbonatés et par des cachets de bismuth.

Elle a présenté plusieurs crises successives pendant plusieurs mois suivies de périodes d'accalmies. Elle n'a jamais eu aucun vomissement. Dès son enfance elle a été constipée. Les digestions ont toujours été lentes et difficiles. Souvent elle a été réveillée la nuit par des douleurs siégeant au creux épigastrique, celles-ci calmées par l'ingestion d'aliments.

Examen objectif clinique. — A la palpation de la fosse iliaque droite nous percevons un gros cœcum. La zone pancréatico-cholécystienne est douloureuse à la pression. Tous les autres appareils semblent normaux.

Examen du chimisme. — On retire à jeun 130 cc. de liquide dont l'acidité totale s'élève à 1,90. Après repas d'épreuve, l'acidité du liquide retiré est de 2,80 et nous remarquons que l'évacuation du repas est retardée.

Radio estomac et transit intestinal. — Après repas baryté, nous remarquons que l'évacuation pylorique est très retardée, ainsi qu'une hypersécrétion prandiale. Le transit intestinal nous a montré une stase gastrique à la 8^e heure, ainsi qu'une stase iléale et une stase cœcale. Nous concluons après tous ces examens au diagnostic suivant:

Sténose pylorique incomplète due à un ulcus bulbaire.

A l'opération notre diagnostic se vérifie par l'existence d'une callosité sise au niveau du bulbe duodénal.

Une gastro-entérostomie suivie d'une exérèse complète de l'ulcus a mis fin aux troubles dyspeptiques de cette malade.

Un examen histologique de la pièce enlevée n'a pas montré de cellule épithéliomateuse, mais la présence typique d'une ulcération duodénale. Cette malade est sortie de l'hôpital avec un traitement médical susceptible d'améliorer sa S. I. C. consistant en un régime lacto-végétarien, avec huile de paraffine (une cuillère à soupe au milieu des repas). Revue quelques mois après elle a été grandement améliorée.

OBSERVATION IX (due à l'amabilité du Dr DELORT).

M. W..., âgé de 62 ans, vient nous voir le 26 octobre 1922, parce qu'il se plaint depuis 4 ou 5 ans d'une sensation de gêne au niveau du creux épigastrique survenant 2 à 3 heures après les repas.

Dans ses antécédents, nous relevons l'existence de coliques hépatiques et coliques néphrétiques à l'âge de 22 ans. Depuis quelques années ses digestions sont devenues très pénibles, il n'a jamais eu de vomissement. La constipation a été chez lui coutumière, il a présenté pourtant à une certaine période des selles noires et liquides. L'appétit a toujours été conservé et son état général semblait se maintenir en équilibre.

Examen objectif clinique. — Obésité. La palpation de la zone pancréatico-cholécystique est douloureuse. Il semble y avoir défense de la paroi musculaire à ce niveau.

L'auscultation du cœur a semblé montrer un léger éclat diastolique à la base.

Radioscopie. — Stase duodénale et stase gastrique à la 10^e heure.

Examen du chimisme. — Nous retirons à jeun, un liquide dont Sténoses pyloriques.

l'acidité atteint 2,10 et après repas celle-ci atteint 2,40, l'évacuation est très retardée.

Nous avons omis, chez ce malade, de pratiquer le dosage de l'urée dans le sang et c'est ce qui lui a peut-être été fatal.

Diagnostic médical. — Sténose pylorique et duodénale par ulcus duodénal.

Opéré le 5 octobre, le Dr PAUCHET a trouvé en effet chez ce malade un gros ulcus duodénal situé entre la première et la deuxième portion. Il pratique une jéjunostomie ainsi qu'une gastro-entérostomie.

Les suites opératoires n'ont pas été brillantes car le malade a succombé 3 jours après l'intervention avec des signes cliniques d'urémie, et malgré les saignées répétées, les injections de sérum hypertoniques, nous ne pûmes le sauver.

Il est probable que si nous n'avions pas oublié de pratiquer le dosage de l'urée, notre malade aurait pu vivre encore quelques mois car nous aurions certainement trouvé un chiffre d'urée assez élevé qui aurait empêché l'intervention chirurgicale.

OBSERVATION X (personnelle).

M. P..., âgé de 36 ans, vient nous consulter le 11 juillet 1922, parce qu'il se plaint depuis 1919 de brûlures au creux épigastrique survenant 3 à 4 heures après les repas.

Dans ses antécédents, nous relevons l'existence d'une fièvre typhoïde et de coliques hépatiques.

Depuis 1911 il présente des pituites matutinales. Il a eu des crises douloureuses au creux épigastrique suivies d'accalmies. En juin 1920, il a eu une hématomatose et il a vomi, dit-il, plus d'un litre de sang. Depuis, ce sont des vomissements fréquents, contenant des aliments de la veille et des glaires, qui l'indisposent. Il a toujours été constipé et il a présenté à une certaine époque des selles noires. Il a maigri de 16 kilogs en deux ans. L'appétit est conservé malgré un état de dénutrition avancé.

Examen objectif clinique. La palpation de la zone pancréatico-cholédocienne est douloureuse ainsi que celle du point cystique. La rate se percuté sur une surface de 4 x 4. Les autres appareils semblent normaux.

Examen du chimisme. — On retire à jeun un volume de 180 cc. de liquide dont l'acidité totale s'élève à 1,60. Après repas l'acidité s'élève à 2,60. L'évacuation du repas est retardée.

Radio estomac et transit. — Estomac radiologiquement normal. Stase iléale à la 10^e heure.

Malgré le peu de signification donnée par les rayons X, nous basant sur les signes cliniques, nous portons le diagnostic de: Ulcus duodénal avec légère sténose pylorique.

A l'opération qui a eu lieu le 24 juillet, le chirurgien trouve en effet un ulcus duodénal et pratique une gastro-entérostomie. Les suites opératoires ont été très bonnes, puisque le malade revu quelques mois après l'opération, n'a plus vomi et a repris quelques kilogs à son avantage.

OBSERVATION XI.

Mme D..., âgée de 39 ans, vient nous voir le 29 août 1922 parce qu'elle se plaint depuis une dizaine d'années de mauvaises digestions ainsi que de vomissements aqueux survenant la nuit.

Le 14 juillet dernier elle a présenté de la diarrhée (20 selles dans la journée). Depuis ce sont des douleurs régulières siégeant au creux épigastrique et survenant 4 à 5 heures après les repas. Elle présente du ballonnement ainsi que des malaises après tous ses repas. Vers le 15 août, elle a vomi pour la première fois des aliments ingérés *une semaine auparavant*.

Elle suit un régime restrictif, elle a toujours été constipée. Elle a maigri de 10 kilogs en 12 ans. L'appétit est conservé.

Examen objectif clinique. — Nous apercevons des mouvements péristaltiques au creux épigastrique. A jeun nous entendons nettement un bruit de clapotage. Les autres appareils sont normaux.

Examen du suc gastrique. — A jeun nous recueillons 200 cc d'un liquide dont l'acidité totale s'élève à 2,20. Après repas d'épreuve celle-ci s'élève à 3,50. L'évacuation est très retardée puisque à la 90^e minute nous retrouvons encore de l'acide salyccilique.

Radio estomac et transit. — Les rayons nous ont montré une évacuation pylorique extrêmement retardée ainsi qu'une stase gastrique à la 24^e heure.

Nous conseillons d'abord des lavages d'estomac ainsi qu'un nettoyage complet de la bouche et l'envoyons ensuite au chirurgien avec le diagnostic de sténose pylorique par ulcus duodénal.

Opérée le 18 octobre 1922, le chirurgien trouve un bel ulcus duodénal sténosant et pratique une gastro-entérostomie. Les suites opératoires ont été bonnes et la malade nous quitte complètement transformée.

Cette observation est très démonstrative car elle nous

montre au complet l'existence des signes cliniques, chimiques, radioscopiques de l'ulcus duodénal sténosant.

OBSERVATION XII.

Mme G..., âgée de 56 ans, vient nous consulter pour des troubles dyspeptiques vagues, *citant depuis un an*, et parce qu'elle a maigri depuis cette époque de 15 kilogs environ. Rien d'autre à signaler dans son histoire clinique qui puisse avoir quelque intérêt.

Examen objectif clinique. — Ce qui nous frappe, c'est une dénutrition complète et la première idée qui nous vient à l'esprit, c'est l'existence d'un néoplasme gastrique, quoique nous n'ayons senti ni masse ni tumeur au creux épigastrique.

Examen du suc gastrique. — Nous retirons à jeun, 40 cc. d'un liquide non hyper acide. Après repas d'épreuve nous trouvons une chlorhydrie élevée à 2,40 et une acidité totale de 3,20. L'évacuation du repas est très précoce.

Examen radioscopique. — Le radiographe trouve un pylore roulant sous le doigt comme une petite masse mobile.

L'examen du sang nous a montré un Wassermann négatif et une constante d'Ambard K, 0,12.

Nous hésitions beaucoup à poser un diagnostic entre ulcus et néo. Mais, nous basant sur l'examen du chimisme gastrique qui nous a montré un taux élevé d'acidité totale et surtout une chlorhydrie aussi élevée, nous posons le diagnostic d'ulcus duodénal.

Nous vîmes notre diagnostic se vérifier le 30 octobre 1922; le chirurgien trouva en effet un ulcus duodénal dont il fit l'exérèse et pratiqua l'opération de Péan (gastro-duodénostomie).

A l'examen histologique aucune cellule néoplasique mais présence type d'un ulcus duodénal.

Quoi de plus intéressant que cette observation où, grâce à l'examen du chimisme, nous pûmes poser le diagnostic d'ulcus. Nous pensons que sans cet examen nous nous serions trompés certainement car l'histoire clinique et la radiographie penchaient vers le diagnostic de néoplasme gastrique.

OBSERVATION XIII.

Mme N..., âgée de 35 ans, vient nous consulter le 15 novembre 1922 parce qu'elle se plaint de douleurs régulières ayant leur siège au creux épigastrique, depuis de longues années.

Dans ses antécédents, nous relevons une appendicectomie en avril 1922. Après cette opération elle fut grandement soulagée. Depuis quelques mois elle se plaint de douleurs survenant 4 à 5 heures après les repas, calmées par l'ingestion d'aliments. Les digestions sont lentes, elle sent, nous dit-elle, que les aliments ne passent pas.

Malgré cela elle n'a jamais vomi, ni fait aucune hématomèse, ni mœléna. L'appétit est conservé. La malade a maigri de 6 kilogs en un an.

Examen objectif clinique. — On ne sent pas de pannicule adipeux, dénutrition marquée. La palpation de la zone de CHAUFFARD est douloureuse.

Examen du suc gastrique. — A jeun, nous retirons 100 cc. d'un liquide dont l'acidité atteint 2,80 et la chlorhydrie 1,70. Après repas l'acidité totale est de 3,10 et la chlorhydrie 2,20. L'évacuation est très retardée, puisque nous trouvons à la 90^e minute de l'acide salicylique.

Examen radioscopique. — Après repas baryté, nous apercevons un estomac allongé atteignant le pubis. Déformation bulbaire et douleur à ce niveau.

Le transit intestinal nous a montré une stase gastrique à la dixième heure ainsi qu'une stase du grêle et du transverse.

Nous posons alors le diagnostic de sténose pylorique due à un ulcus bulbaire, accompagnant une stase intestinale chronique.

Opérée, le 13 novembre, le chirurgien trouva un gros ulcus et pratiqua une gastroentérostomie, ainsi qu'une jéuno-jéjunostomie au bouton.

Les suites opératoires furent bonnes et la malade nous quitta avec un traitement médical afin d'améliorer sa S. I. C.

OBSERVATION XIV.

M. M... nous est envoyé, en mai 1922, par un médecin avec le diagnostic probable de néoplasme gastrique.

Nous avons vu, en effet, un malade âgé de 55 ans, très amaigri, pâle et dénotant une dénutrition complète.

Il s'était plaint déjà *depuis de longues années* de digestions lentes et difficiles, de douleurs vagues et irrégulières siégeant au creux épigastrique. Il a toujours été constipé.

Actuellement, depuis quelques mois il vomit tous les aliments ingérés, même ceux datant de 2 à 3 jours auparavant.

Naturellement, son état général s'en est ressenti et il a maigri depuis 4 ou 5 mois de 20 kilogs.

Cette histoire clinique n'est-elle pas celle d'un néoplasme gastrique? C'est, en effet, le premier diagnostic qui doit venir à l'esprit, quoique nous ayons eu un doute sur la nature néoplasique, puisque nous avons vu que le début de l'affection remontait déjà à de longues années.

Examen objectif clinique. — Nous observons un ventre très amaigri où il n'existe plus de pannicule adipeux. A la palpation de la zone de CHAUFFARD, nous provoquons une douleur nette. Il n'y a pas de défense de la paroi, ni de sensation de tuméfaction de la région épigastrique. Nous apercevons quelques ondes péristaltiques à cette région, et nous entendons un bruit de clapotage, le malade étant à jeun.

L'idée de sténose gastrique ne fait plus aucun doute. Il reste à déterminer la nature de celle-ci.

Examen du suc gastrique. — A jeun nous retirons un liquide dont le volume atteint 150 cc. contenant des aliments et dont l'acidité totale atteint 2,40, et la chlorhydrie libre atteint 1,80. Après repas, nous observons que le liquide retiré atteint une acidité de 2,90 et une chlorhydrie de 2,10. L'évacuation est très retardée.

Examen radioscopique. — Le radiographe trouve une hypersécrétion considérable. Il n'observe ni diverticule ni image lacunaire.

Après quelques lavages d'estomac, un nettoyage de la bouche et des dents, une réhydratation avec des sérums glucosés intra-rectal, et sous-cutanés, nous envoyons le malade au chirurgien avec le diagnostic de sténose pylorique par ulcus duodénal.

Opéré en mai 1912, le chirurgien trouve un gros ulcus calleux au niveau du bulbe. Il pratique une gastro-entérostomie ainsi qu'une jéjuno-jéjunostomie au bouton.

Les suites opératoires furent excellentes. Le malade revu quelques mois après a engraisé de 8 kilogs.

OBSERVATION XV.

M. R..., âgé de 32 ans, vient nous voir le 29 juin 1921 parce qu'il se plaint, depuis 1908, de brûlures et de douleurs au creux épigastrique survenant 2 à 3 heures après les repas.

Il a eu une accalmie de quelques mois jusqu'en 1915, mais, à partir de cette date ses digestions sont devenues lentes, il eut quelques vomissements alimentaires. La nuit il était réveillé par des douleurs épigastriques. Dès son enfance il a été constipé. L'état général s'en est ressenti, et il a maigri de 8 kilos en 2 ans; l'appétit a toujours été conservé.

Examen objectif clinique. — La palpation du creux épigastrique ainsi que de la zone pancréatico-cholédocienne est douloureuse. Tous les autres appareils sont normaux.

Examen du suc gastrique. — A jeun, on retire un volume de 60 cc, dont l'acidité atteint 2,10. Après repas peptoné, l'acidité totale atteint 3 et l'évacuation se trouve retardée.

Examen radioscopique. — Le radiographe a trouvé un estomac descendu et une hypersécrétion assez abondante.

Le transit intestinal a décelé une stase iléale à la 10^e heure, le diagnostic supposé est: Sténose pylorique par ulcus duodénal.

Il est vérifié le 24 octobre 1922 sur la table d'opération.

Les suites opératoires furent excellentes.

OBSERVATION XVI.

Sœur H..., âgée de 63 ans, nous consulte en novembre 1922.

Elle se plaint depuis quelques années de mauvaises digestions. Celles-ci ont été toujours lentes et difficiles.

Dans ses antécédents, nous relevons une hystérectomie il y a une vingtaine d'années.

Sans trop se plaindre de ses malaises, elle a toujours vaqué à ses occupations journalières. Ce qui la gênait le plus c'est qu'elle était toujours constipée, avec des alternatives de diarrhée.

Au mois de novembre 1922 elle est prise, un matin, de pâleurs, vertiges, bourdonnements d'oreilles et elle est obligée de s'aliter. Aussitôt elle a eu une débâcle intestinale noirâtre (mœlena).

Le diagnostic de: Hémorragie intestinale est posé.

La malade est traitée médicalement: repos au lit, glace sur le ventre, diète absolue pendant 24 heures. L'hémorragie s'arrête. La sœur se relève 3 semaines après cet incident. Nous la revoyons alors et complétons nos examens afin de déterminer la cause de son hémorragie intestinale.

Examen objectif clinique. — La zone pancréatico-cholédocienne est douloureuse, la malade n'a pas maigri et a un bon pannicule adipeux.

Examen du suc gastrique. — Liquide à jeun abondant et

hyper-acide. $A' = 2,40$. Après repas d'épreuve l'acidité atteint 3,40 et l'évacuation du repas est retardée.

Examen radioscopique. — Le duodénum présente une niche caractéristique. Il y a stase gastrique à la 10^e heure et stase iléale à la 24^e. Le diagnostic posé est ulcus duodénal sténosant.

La malade ne voulant entendre parler d'opération, nous la traitons médicalement par de la belladone, des poudres alcalines, de l'huile de paraffine.

Il est fort possible qu'elle fera plus tard des symptômes cliniques de sténose aiguë et elle sera alors bien forcée de passer sur la table d'opération.

OBSERVATION XVII (personnelle).

M. D..., âgé de 48 ans, vient nous voir le 20 octobre 1922, à la consultation de gastro-entérologie, parce qu'il se plaint depuis 7 à 8 ans de douleurs au creux épigastrique survenant 4 heures après les repas. Il eut, depuis cette époque, de nombreuses et longues accalmies, pendant lesquelles il se crut totalement guéri. Il avait suivi entre temps un traitement médical (régime, poudres alcalines, etc.); depuis un mois environ, ses digestions sont redevenues très pénibles et il n'a pas eu de vomissement. Pourtant depuis deux à trois jours il provoque ceux-ci et se trouve par la suite soulagé. 6 mois auparavant il eut des selles liquides et noires. Depuis il a toujours eu une tendance à la constipation. Il est actuellement réveillé par des douleurs nocturnes survenant à deux heures du matin. Celles-ci sont calmées par l'ingestion d'une tasse de lait. Son appétit est bon, il n'a pas maigri et conserve un bon état général.

Examen objectif clinique. — La palpation de la zone pancréatico-cholécystienne est douloureuse. Les autres appareils sont normaux.

Examen du suc gastrique. — A jeun on retire un liquide contenant des débris alimentaires, non hyper-acide. Après repas on a une acidité totale normale mais on trouve dans ce liquide des traces de sang.

Examen radioscopique. — On ne trouve ni image lacunaire, ni diverticulaire de l'estomac, mais l'évacuation dans le duodénum ne se fait pas.

Conclusion. — Sténose pylorique par ulcus duodénal.

Opéré le 28 octobre, le chirurgien trouve en effet un ulcus bulbaire dont il fait l'exérèse et pratique une gastro-duodénostomie.

Les suites opératoires furent excellentes.

OBSERVATION XVIII (personnelle).

M. G..., âgé de 45 ans, vient nous consulter le 23 septembre 1921 parce qu'il se plaint depuis une vingtaine d'années de crises douloureuses au creux épigastrique survenant deux à trois heures après les repas. Il eut de longues accalmies qui ont duré de longs mois. Depuis quelques mois ses digestions deviennent de plus en plus pénibles, et il présente après chacun de ses repas, du ballonnement du ventre. Depuis 15 jours il vomit presque quotidiennement les aliments du jour et quelquefois ceux ingérés la veille ou l'avant-veille. Il est réveillé au milieu de la nuit par des douleurs au creux épigastrique. Il a toujours été constipé, l'appétit est conservé, il n'a pas maigri et conserve un assez bon état général.

Examen objectif clinique. — La palpation de la zone pancréatico-cholédocienne est douloureuse. Tous les autres appareils sont normaux.

Examen du suc gastrique. — A jeun, nous retirons un liquide hyper acide $A = 2,30$ ainsi que des débris alimentaires. Après repas d'épreuve, l'acidité atteint $A = 2,90$. L'évacuation du repas est retardée.

Examen radioscopique. — Niche au niveau du bulbe duodénal, ainsi que présence d'une encoche spasmodique à la grande courbure de l'estomac. On note en outre l'existence d'une hypersécrétion assez considérable.

Le transit a montré une stase gastrique à la 10^e heure.

Conclusion. — Sténose pylorique par ulcus duodénal.

Opéré le 24 octobre 1921, le chirurgien trouve un ulcus situé après la veine pylorique, et pratique une gastro-jéjunostomie.

OBSERVATION XIX (personnelle).

M. M..., âgé de 43 ans, vient nous voir le 17 octobre 1922, parce qu'il se plaint depuis le début de 1916 de douleurs au creux épigastrique survenant trois heures après les repas.

Il a eu en avril 1920, une première hématomèse, puis le 30 juillet 1922 ainsi que le 2 août 1922, il a présenté une deuxième et une troisième hématomèse, ainsi que du mœlena. Il a été traité pendant cette époque par le repos, la glace sur le ventre, et la diète.

Les douleurs qu'il a présentées furent calmées par l'ingestion d'aliments. Il est réveillé au milieu de la nuit par des crises aiguës siégeant au creux épigastrique. Il eut de longues accalmies. Il a toujours eu tendance vers la constipation. L'appétit est conservé mais il a maigri de 21 kilogs en cinq ans.

Examen objectif clinique. — La palpation de la zone pancréatico-cholédocienne et du point cystique sont douloureuses. Les autres appareils sont normaux.

Examen du suc gastrique. — A jeun on retire un liquide dont le volume atteint 200 cc. et dont l'acidité totale atteint 2,70. Après repas d'épreuve, nous notons une hyper acidité $A = 2,90$, ainsi qu'une évacuation très retardée.

Examen radioscopique. — Le radiographe note un retard dans l'évacuation du repas baryté. Il note aussi une douleur au niveau du duodénum, ainsi que l'existence d'une hypersécrétion considérable.

Conclusion. — Sténose pylorique par ulcus duodénal.

Opéré le 23 octobre, le chirurgien trouve en effet un ulcus duodénal typique dont il fait l'exérèse, et termine par une gastro-duodénostomie (Péan).

OBSERVATION XX (personnelle).

Mme L..., âgée de 50 ans, nous est envoyée par le Dr LÉON MEUNIER, le 4 février 1922, avec le diagnostic de lésion ulcéreuse probablement en voie de transformation épithéliomateuse de l'estomac.

Dans ses antécédents, nous relevons l'existence de rhumatisme articulaire aigu, et d'une fausse couche.

Actuellement elle se plaint de vomissements liquides et alimentaires (vomissements de stase). Depuis une dizaine d'années elle a présenté des troubles dyspeptiques consistant en digestions lentes et difficiles, malaises vagues, nausées.

Depuis un an elle présente des vomissements bilieux survenant à 6 heures du soir; elle a eu une accalmie de deux mois où tous ces troubles disparaurent.

Depuis une vingtaine de jours, elle ressent des crampes douloureuses ayant pour siège le creux épigastrique survenant à 3 heures du matin. L'ingestion d'aliments calme ses douleurs. Elle a toujours été constipée et ses selles sont dures et noires. Elle suit depuis de longs mois un régime lacto-végétarien. Elle a légèrement maigri; l'appétit est conservé.

Examen objectif clinique. — On aperçoit à jour frisant, l'existence d'ondes péristaltiques au creux épigastrique. La palpation de la zone épigastrique est douloureuse.

Examen radioscopique. — Le radiographe a noté seulement l'existence d'une hypersécrétion ainsi que le retard dans l'évacuation gastrique.

Examen du suc gastrique. — A jeun, nous retirons un liquide dont le volume atteint 110 cc. et dont l'acidité totale atteint 1,70. On

trouve de l'acide chlorhydrique libre. Après repas d'épreuve, l'acidité atteint 2,50 et l'évacuation est retardée.

Conclusion. — Sténose pylorique par ulcus bulbaire.

Opérée le 12 février 1922, le chirurgien trouve un ulcus calleux siégeant au bulbe duodénal, il en fait l'exérèse et pratique une gastro-duodénostomie.

L'examen histologique de la pièce pratiqué par le Dr RUBENS-DUVAL, n'a pas montré de cellules néoplasiques, mais l'existence d'un ulcus duodénal. Les suites opératoires furent excellentes et la malade nous quitte complètement rétablie. Elle suit un régime médical pour prévenir de nouveaux troubles digestifs.

OBSERVATION XXI.

M. T..., âgé de 39 ans, vient nous consulter le 30 octobre 1921 parce qu'il se plaint de douleurs violentes, de « torsions d'estomac » survenant à heure fixe, à 11 heures du matin et à 4 heures du soir.

Le début de son affection remonte à une dizaine d'années. Dans ses antécédents nous relevons une appendicectomie il y a une dizaine d'années.

Depuis quelques mois, il a toujours des vomissements alimentaires fréquents et répétés. L'appétit est bon. L'état général se maintient.

Examen objectif clinique. — La palpation de la zone de CHAUFARD est douloureuse. Les autres appareils sont normaux.

Examen du chimisme gastrique. — Nous retirons 200 cc. de liquide à jeun dont l'acidité atteint 2,10. Après repas peptoné, l'acidité atteint 2,90 et l'évacuation est retardée.

Examen radioscopique. — Déformation bulbaire et évacuation au duodénum non vue. Le transit intestinal a montré une stase gastrique à la 10^e heure ainsi qu'une stase iléale et cœcale à la 24^e heure.

Conclusion. — Sténose pylorique par ulcus duodénal.

Opérée le 26 décembre 1921, le chirurgien trouve un gros ulcus duodénal qu'il enfouit et pratique une gastro-entérostomie.

Les suites opératoires furent excellentes et le malade revu quelques mois après a repris ses fonctions habituelles et a grossi de 10 kilogs en six mois.

OBSERVATION XXII.

M. V..., âgé de 35 ans, se plaint de douleurs au creux épigastrique survenant aussitôt après les repas, depuis le début de 1916.

En mai 1917, il eut une crise de diarrhée, avec affaiblissement,

vertiges, pâleurs, il eut à cette époque une série de selles liquides et noires.

Il n'a jamais eu de vomissement, mais ses digestions furent toujours lentes et difficiles. Il a été souvent réveillé au milieu de la nuit par des douleurs intolérables siégeant au creux épigastrique. Celles-ci étant aussitôt calmées par l'ingestion d'un bol de lait. Actuellement il est toujours constipé et ne va à la selle qu'avec lavements. Il a conservé bon appétit et il n'a pas maigri.

Examen objectif clinique. - La palpation du creux épigastrique est douloureuse et le maximum de la douleur se trouve à la zone pancréatico-cholédocienne.

Examen du chimisme gastrique. — Nous retirons à jeun, un liquide dont le volume atteint 150 cc. et dont l'acidité est de 2,10. Après repas peptoné l'acidité atteint 2,90 et l'évacuation est très retardée.

Examen radioscopique. — L'estomac a une forme de crochet, à jeun on trouve une hypersécrétion abondante. Il existe une douleur maxima siégeant au pylore mais l'image duodénale est celle d'un ulcus.

Le transit intestinal a montré une stase gastrique à la 8^e heure, une stase iléale à la 10^e et une stase cœcale à la 24^e.

Conclusion. — Ulcus duodénal sténosant, et stase intestinale chronique.

Opéré en novembre 1922, le chirurgien trouve un ulcus de la première portion du duodénum et pratique une gastro-entérostomie.

Les suites opératoires furent excellentes.

OBSERVATION XXIII.

M. S..., âgé de 58 ans, vient nous voir le 10 février 1922 parce qu'il se plaint depuis 3 ans de douleurs au creux épigastrique survenant deux à trois heures après les repas. Depuis trois mois il vomit tous ses repas et a remarqué que dans ses vomissements se trouvaient des aliments ingérés la veille et quelquefois 3 jours auparavant.

Depuis de longues années il est constipé. Il n'a jamais eu d'hématémèse ni de mœlena. Depuis quelques mois il suit le régime lacté. Il a maigri considérablement de 15 kilogs en deux ans.

Vu l'âge du malade, vu l'amaigrissement notable, nous pouvions hésiter en une transformation néoplasique d'un ulcus juxta-pylorique. Nous poussons nos examens et pratiquons.

Examen du suc gastrique. A jeun on retire un liquide dont l'acidité est de 1,70, nous trouvons de l'acide chlorhydrique libre $H = 1,30$.

Après repas d'épreuve on a une acidité $A = 2,40$ et $H = 2,10$. L'évacuation est très précoce.

Examen radioscopique. — Cet examen a montré l'existence d'un diverticule de la petite courbure. La conclusion était donc: ulcus de la petite courbure.

A notre stupéfaction, le chirurgien trouve à l'opération un double ulcus, l'un situé à la petite courbure, l'autre au niveau du bulbe duodénal.

Les signes cliniques de l'ulcus duodénal nous ont donc donné la preuve de celui-ci; mais la radioscopie nous l'a fait oublier puisqu'elle nous a montré seulement, l'existence d'un diverticule de la petite courbure.

Les suites opératoires ont été très bonnes et le malade revu quelques mois après a engraisé de quelques kilos et a repris ses fonctions coutumières.

OBSERVATION XXIV.

M. G..., âgé de 54 ans, vient nous voir le 4 octobre 1921, parce qu'il se plaint, depuis 3 ans, de digestions pénibles.

Il se plaint en outre de douleurs régulières siégeant au creux épigastrique et survenant 4 à 5 heures après les repas.

Elles sont calmées par l'ingestion d'aliments. Depuis un mois il présente des vomissements alimentaires avec quelquefois des aliments de la veille ou de l'avant-veille. L'appétit est conservé. Il a légèrement maigri.

Examen objectif clinique. — La palpation de la zone pancréatico-cholédocienne est douloureuse ainsi que celle du creux épigastrique.

Examen du suc gastrique. — A jeun on retire 150 cc. de liquide, dont l'acidité atteint 1,50, après repas peptoné, l'acidité atteint 2,10 et l'évacuation est très retardée.

Examen radioscopique. — Déformation bulbaire ayant l'aspect d'un ulcus duodénal. Le transit intestinal a montré une stase gastrique à la 5^e heure et une stase iléale à la 10^e heure.

Conclusion. — Sténose pylorique par ulcus duodénal.

L'opération vérifie le diagnostic posé et le chirurgien pratique une gastro-entérostomie marginale.

Les suites opératoires furent excellentes.

CONCLUSIONS

Récapitulons dans ces conclusions ce qui nous a le plus frappé dans l'étude des sténoses pyloriques par ulcus duodénal.

1^o) Nous avons constaté dans les 24 observations précédentes des signes de sténose caractérisés par des vomissements alimentaires, vomissements de stase. Dans une dizaine d'observations, nous avons vu l'existence de mœlena, d'hématémèse.

2^o) L'examen objectif clinique du malade nous a toujours montré l'existence d'une douleur nette à la palpation de la zone pancréatico-cholédocienne de CHAUFFARD.

Dans l'observation V, nous avons vu l'existence d'une douleur à la palpation du point cystique; l'opération nous a démontré l'existence d'une cholécystite accompagnant un ulcus duodénal sténosant.

Dans l'observation XXIII, nous n'avons pu trouver de signes cliniques nets, pouvant indiquer l'existence d'un ulcus duodénal, seule la radio a décelé l'existence d'une niche à la petite courbure, et ce n'est que le chirurgien qui nous a montré la présence d'un ulcus duodénal accompagnant l'ulcus térébrant de la petite courbure.

3^o) L'examen du suc gastrique chez tous nos malades nous a montré les résultats suivants:

Liquide à jeun hyperacide, hyperacidité du liquide après repas d'épreuve, évacuation retardée.

Sauf dans l'observation V, nous avons pu voir, qu'il n'y avait pas d'hyperacidité ni d'hyperchlorhydrie, mais hypoacidité et hypochlorhydrie. Il est probable que l'existence d'une affection des voies biliaires diminue l'acidité et la chlorhydrie du suc gastrique. Dans cette observation il y avait aussi un reflux biliaire dans l'estomac.

4^o) Dans la majorité de nos examens radioscopiques de l'estomac nous avons pu observer les faits suivants:

Estomac hypersthénique, en forme de crochet;

Hypersécrétion assez considérable.

La déformation du bulbe duodénal a été constatée par nous dans huit de nos observations.

Nous avons en outre constaté que les transits intestinaux de nos malades étaient toujours retardés.

5^o) Nous essayons un traitement médical avant l'opération consistant en lavages d'estomac, suivis de « gavage » avec poudre de viande, lait. Nous ordonnons en même temps des anti-spasmodiques, telles que l'atropine en injections de 1/4 à 1/2 milligramme, ou de la belladone en pilules de 1 centigramme. Le régime alimentaire consistant en repas légers et fréquents, avec viandes grillées et rôties, purées, pâtes, fromages frais et fruits cuits, est associé aux médicaments ordonnés plus haut.

6^o) Après un mois de traitement médical, si le malade n'a pas été amélioré, s'il saigne, s'il continue à vomir, s'il maigrit, nous devons l'envoyer au chirurgien.

Celui-ci suivant qu'il a affaire à un ulcus qui saigne ou à un ulcus calleux du duodénum, pratique les interventions suivantes:

Dans le premier cas, il pratique l'exérèse complète de l'ulcus duodénal et termine par une gastro-duodénostomie (opération de Péan).

Dans le deuxième cas, il pratiquera une gastro-entérostomie simple, marginale et complètera par une jéjuno-jéjunostomie au bouton.

7^o) Nous avons vu dans nos observations que le pronostic chirurgical était en général bénin, puisqu'en somme

dans nos 24 observations nous avons constaté un cas de mort (à l'autopsie signe de péritonite).

Nous faisons suivre, après l'opération, un régime alimentaire hypocarné à nos malades, et parmi ceux que nous avons revus, nous avons pu observer chez eux une amélioration notable.

LE PRÉSIDENT DE THÈSE :

CARNOT.

VU, LE DOYEN :

ROGER.

Fu, et permis d'imprimer,

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS :

APPELL.

BIBLIOGRAPHIE

- A. F. HURST, C. MORTON et OTHERS. — *Guy's Hospital Reports*, LXI, 389, 1917.
- M. E. REHFUSS et OTHERS. — *Journ. Amer. Med. Assoc.*, LXIII, 2,088, 1914.
- T. I. BENNET et J. A. RYLE. — *Guy's Hospital Reports*, LXXI, 286, 1921.
- A. E. BARCLAY. — *The Stomach and Oesophages*, London 1915.
- B. B. CROHN. — *Amer. Journ. Med. Sc.*, XLV, 801, 1918.
- J. A. RYLE. — *Guy's Hospital Reports*, LXXII, 174, 1922.
- A. F. HURST. — *Guy's Hospital Reports*, LXXI, 450, 1922.
- E. C. ROSENOW. — *Journ. Amer. Med. Ass.*, LXI, 1947, 1913, and *Surgery Gynecology et Obstetrics*, XXXII, 19, 1921.
- AKE AKERLUND. — *Rontgenologische Studien uber den Bulbus duodéni. Acta Radiologica* supp. I Berlin, 1921.
- AKÈ AKERLUND (Stockolm). — Trois cas de diagnostic radiologique. d'association d'ulcère de l'estomac et du duodénum.
- EDOUARD ANTOINE. — Etude clinique radiologique de l'ulcère du duodénum, *Gaz. des Trop.*, 19 mars 1921.
- BOUQUET et JOUBERT DE BAUJEU (de Tunis). — Cholécystite à tout petits calculs. Radiographie positive. *Bullet. de la Société de radiologie de France*, février 1922, pages 52-53.
- CARMANN (RUSSEL D.). — Spasmes de l'estomac et du duodénum au point de vue radiologique. *The Journ. of the Amer. Med. Ass.*, 22 avril 1916.
- L. G. COLE et D. ROBERTS. — Diverticules du duodénum. Aspect clinique et radiologie. *Surgery Gynec. and Obst.*, 4 octobre 1920.
- EHRMANN (Allemagne). — Mouvements antipéristaltiques du duodénum dus à des adhérences. *Berl. Klin. Woch.* 1914, n° 34.
- ENRIQUEZ et DURAND. — Valeur sémiologique des douleurs tardives. *Progrès Médical* du 25 juillet 1914.

- ENRIQUEZ et DURAND. — Syndromes radioscopiques gastro-iléal dans le pylorisme. *Presse Médicale*, 25 août 1920.
- ENRIQUEZ et DURAND. — Eléments de diagnostic entre l'ulcus gastrique et l'ulcus duodénal. *Rapport au Congrès Français de Médecine*, Paris 1922.
- GUIDO CARMELECH (Trieste). — L'ulcus duodénal en période d'activité et au repos. *Radiol-Médica*, vol. VIII, p. 12.
- AL. HURST. — Vues nouvelles sur la pathologie, le diagnostic et le traitement des ulcères gastriques et duodénaux. *British Medic. Journ.*, avril 1920.
- KELLER. — Radiographie calc. de la vésic. et spasme duodén. *Bulletin de la Société radiolog. méd. de France*, mai 1922.
- K. LORENT (Hambourg). — Diagnostic exact de l'ulcus duod. *Muncher Medizinische Wochenschrift*, vol. 68, n° 2.
- DE LUNA (Marseille). — Syndromes duodénaux, Etude clinique et radiologique. *Marseille Médical*, juillet, août 1921.
- MATHIEU et ROUX. — Leçons sur la pathologie digestive.
- PARTURIER et VASSELLE. — L'ulcère duodénal vrai, non compliqué. Etude clinique et radiologique. *Progrès Médical*, 2 oct. 1921; n° 43.
- RAMOND Louis. — Conférences de clinique médicale pratique.
- EMMO SCHLESNIGER. — Le diagnostic radiologique de l'ulcus du duodénum. *Deutsche Medizinische*, 4 juin 1914.
- ENRIQUEZ et CARRIÉ. — Diagnostic différentiel des affections du carrefour vésiculo-duodéno-pylorique. *Journal Médical*, janv. 1923.
- MOUTIER et MAINGOT. — Diagnostic de l'ulcus duodénal. Etude critique. *Journal Médical Français*, janvier 1923.
- VICTOR PAUCHET. — Pratique chirurgicale illustrée.
- M. DELORT. — La gastro-entérologie, note sur son passé, son présent, son avenir. *Journal Médecine Paris*, 18 novembre 1922.
- GODEAU. — *Thèse Paris*, 1921.
- RENAUDEAUX. — *Thèse Paris*, 1921.
- SOREL André. — L'estomac en corne de bœuf.
- CARNOT, HARVIER. — Maladies du tube digestif.
- SERGEANT. — Maladies du tube digestif.
- M. DELORT. — Le syndrome duodénal.
-

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Anatomie du duodénum et ses rapports.....	3
Pathogénie de l'ulcus duodénal.....	5
Causes essentielles de l'ulcus.....	7
Signes fonctionnels et physiques de la sténose pylorique par ulcus duodénal.....	9
Prélèvement en série du suc gastrique et examen du chimisme..	11
Examen radioscopique de l'ulcus duodénal.....	12
Diagnostic différentiel des sténoses pyloriques par ulcus bul- baire.....	16
Pronostic et traitement.....	18
Rétrécissements duodénaux ou sous-pyloriques.....	19
<i>Quel traitement appliquer?</i>	19
Observations.....	43
Conclusions.....	63
Bibliographie.....	67

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION

1, RUE DE LA BERTAUCHE — SENS — 4-24

SOCIÉTÉ GÉNÉRALE D'IMPRIMERIE ET D'ÉDITION

Rue de la Bertauche, 1, Sens. — 1-24.
